



Bachelorgradsoppgave

Kvinnelig kjønnslemlestelse

Female genital mutilation

Kvinnens erfaringer knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse

Women's experiences related to undergone genital mutilation

Jeanette Andresen
Tale Anette Valstad Østenby

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



Det var tidlig på morgenen da moren min ropte på meg og ga meg et bad. Da hun vasket meg, sa hun at jeg skulle omskjæres denne morgenen, og at de allerede hadde sendt bud på kvinnen som skulle gjøre operasjonen. Jeg visste hva som skulle skje, for jeg hadde sett jenter i nabolaget blitt omskåret. For meg var det en helt naturlig ting, og jeg hadde alltid visst at en dag skulle det skje med meg også. Men jeg var likevel forferdelig redd, for jeg hadde sett hvordan de andre jentene skreik og jamret seg da de ble operert.

Da alt var klart for min egen operasjon, ble jeg satt på en trekrakk og holdt fast av tre voksne kvinner. En av dem var min egen mor. De skilte beina mine. En kvinne satt bak meg, de to andre tok hvert sitt bein og holdt det i et hardt grep. Kvinnen som satt bak, holdt meg mellom knærne sine (ofte blir beina til jenta bundet fast til kvinnens). Omskjæreren satt foran meg.

Så snart operasjonene begynte, skrek jeg og kjempa vilt for å komme meg løs. Men det var umulig. Kvinnene holdt meg i et fast grep slik at omskjæreren kunne arbeide i fred og ro. Når hun skar i kjøttet mitt, kjentes det som om innvollene mine ble slitt ut av kroppen. Etter alle disse årene kan jeg fremdeles minnes akkurat den følelsen. Fortvilet ropte jeg navnet til broren min. Han var 11 år, og vi gjette sauene sammen og var gode venner. Han var faktisk den eneste personen jeg kunne rope på for å få hjelp, for moren min holdt meg og faren min hadde forlatt boplassen. Det er vanlig at fedre forlater hjemmet når døtrene deres blir omskåret. Så fort broren min hørte at jeg skrek navnet hans, kom han springende og kastet stein på hytta der jeg ble operert, men mor gikk ut og jaga han vekk. Jeg ble båret utenfor og lagt på en matte for å hvile. Beina mine skalv forferdelig, og moren min ga meg kokende varm suppe å drikke. Det skulle hjelpe mot skjelvingene og gi meg nye krefter. Jeg hadde blitt sydd sammen med tornetagget, og beina mine var bundet sammen fra hoftene og helt ned til anklene for at såret skulle leges godt.

Etterpå var det problemer når jeg måtte late vannet, og jeg holdt tilbake hele tiden. Men om kvelden overtalte mor meg til å prøve. Det svidde forferdelig, det var som å helle sitronsaft i et åpent sår.

Fire dager senere ble tornetaggene fjernet. For at de skulle slippe lettere, hadde det blitt dryppet fett på såret natten før. Så fort taggene var borte, ropte og sang moren min av glede.

Hun sa at såret var perfekt sydd, og at åpningen var passe stor.

Abstrakt

Innledning: Kvinnelig kjønnslemlestelse gjennomføres i 29 ulike land, og over 140 millioner jenter og kvinner er kjønnslemlestet. Bakgrunn for praksisen er kulturelle, religiøse og sosiale faktorer. Kvinnelig kjønnslemlestelse støttes ikke av De forente nasjoners (FN) barnekonvensjon og konvensjon om menneskerettigheter. Mange land har forbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse. **Hensikten:** Hensikten med studien er å belyse kvinners erfaringer knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse. **Metode:** Dette er en allmenn litteraturstudie som er basert på 13 vitenskapelige artikler. Studien inneholder sju kvalitative artikler, to kvantitative og fire artikler med blandet metode, som er funnet på databasene Medline og Cinahl. **Resultat:** Kvinners erfaringer knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse er sammensatte. Kvinnene har erfaringer fra møte med helsepersonell, fysiske komplikasjoner, psykiske reaksjoner, seksualitet og parforhold, samt i forbindelse med svangerskap, fødsel og barselperiode. **Diskusjon:** For å besvare studiens hensikt ble annen forskning og litteratur brukt til å diskutere deler av resultatet. **Konklusjon:** Kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse har økt risiko for utvikling av helseproblemer. Økt kunnskap blant sykepleiere, om kvinnelig kjønnslemlestelse, kan bidra til å bedre sykepleieutøvelsen i møte med kvinner som er kjønnslemlestet.

Nøkkelord: litteraturstudie, kvinnelig kjønnslemlestelse, kvinner, erfaringer, sykepleiere, kunnskap.

Abstract

Introduction: Female genital mutilation (FGM) is carried out in 29 different countries. Over 140 million girls and women have undergone genital mutilation. The reasons for this practice are cultural, religious and social factors. FGM is not supported by the United Nations (UN) Convention on the Rights of the child and Convention of Human Rights. Many countries ban female genital mutilation. **The aim:** The aim of this study is to shed light on women's experiences related to undergone genital mutilation. **Method:** This is a general literature review based on 13 scientific articles. Seven qualitative articles, two quantitative and four articles of mixed method are found on Medline and Cinahl. **Results:** Women's experiences related to undergone FGM are complex. The women have experience with the healthcare, physical complications, psychological reactions, sexuality and relationships, as well as in connection with pregnancy, childbirth and the postnatal period. **Discussion:** To answer the study's aim was research and literature used to discuss parts of the result. **Conclusion:** Women who have undergone female genital mutilation are at increased risk of developing health problems. Increased knowledge among nurses about FGM, can help improve nursing practice when meeting women who have undergone genital mutilation.

Keyword: literature study, female genital mutilation, women, experience, nurse, knowledge.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING.....	1
1.1. Hensikt.....	2
2. METODE	3
2.1. Søkestrategi	3
2.2 Utvalgsstrategi.....	4
2.3 Analyse.....	5
2.4 Etske overveielser	6
3. RESULTAT.....	7
3.1 Kvinnerenes erfaringer i møte med helsepersonell, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.....	7
3.2 Kvinnerenes erfaringer om fysiske komplikasjoner, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.....	9
3.3 Kvinnerenes erfaringer om psykiske reaksjoner, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.....	10
3.4 Kvinnerenes erfaringer om seksualitet og parforhold, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.....	12
3.5 Kvinnerenes erfaringer om svangerskap, fødsel og barselperiode, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse	14
4. DISKUSJON.....	16
4.1. Resultatdiskusjon.....	16
4.2. Metodediskusjon	23

5.	KONKLUSJON.....	26
-----------	------------------------	-----------

	LITTERATURLISTE.....	27
--	-----------------------------	-----------

VEDLEGG 1. SØK OG UTVALGSSTRATEGI

VEDLEGG 2. SKJEMA FOR GRANSKNING AV FORSKRININGSARTIKLER

VEDLEGG 3. INKLUDERTE ARTIKLER

VEDLEGG 4. KATEGORISERING AV FUNNENE

VEDLEGG 5. SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY

ANTALL ORD: 8144

1. INNLEDNING

Kvinnelig kjønnslemlestelse og kvinnelig omskjæring er to begreper som brukes om hverandre i det norske språket (Johansen, 2005; Austveg, 2010). Denne studien har valgt å bruke benevnelsen kvinnelig kjønnslemlestelse, for å belyse alvorlighetsgraden av inngrepet.

Kvinnelig kjønnslemlestelse gjennomføres på bakgrunn av kulturelle, religiøse og sosiale faktorer. Praksisen er hovedsakelig utbredt i Afrika, men det er også tilfeller av kvinnelig kjønnslemlestelse i Midtøsten, og noen land i Asia (World Health Organization [WHO], 2014; Austveg, 2010; Flo, 2010; Johansen, 2005). I hjemlandet blir kvinner som er kjønnslemlestet sett på som voksen, ren, vakker og gifteklar, i tillegg må dette gjennomføres for at kvinnene skal bli ”kvinnelig” (Johansen, 2005; Talle, 2010; WHO, 2014). Dersom en mor hindrer sin datter å bli kjønnslemlestet, vil det gi kraftige reaksjoner fra lokalsamfunnet, ettersom inngrepet anses som en tradisjon og gir en positiv verdi (Handlingsplan (2013-2016)). Per 6. februar 2015 er kvinnelig kjønnslemlestelse praktisert i 29 forskjellige land, og over 140 millioner jenter og kvinner er kjønnslemlestet (United Nations Regional Information Centre for Western Europe [UNRIC], 2015).

Kvinnelig kjønnslemlestelse innebærer prosedyrer som har som hensikt å endre eller forårsake skade på kvinnes genitalier, av ikke-medisinske årsaker (WHO, 2014; Flo, 2010). WHO (2014) har inndelt kvinnelig kjønnslemlestelse i fire kategorier:

Type 1: Klitoridektomi – delvis eller total fjerning av klitoris, og i sjeldne tilfeller fjernes forhuden rundt klitoris.

Type 2: Eksisjon – delvis eller total fjerning av klitoris og labia minora (de små kjønnsleppene), med eller uten fjerning av labia majora (de store kjønnsleppene).

Type 3: Infibulasjon – innsnevring av skjedeåpningen. Innsnevringen er dannet ved å kutte og endre posisjon av labia minora eller labia majora, med eller uten fjerning av klitoris.

Type 4: En samlekategori som innebærer alle andre skadelige handlinger på kvinnens genitalier, blant annet skraping, skjæring, brenning og stikking.

Hvilken type av kvinnelig kjønnslemlestelse som gjennomføres varierer innenfor ulike etniske grupper, og ikke nasjonalitet. Tidspunktet for gjennomførelsen av kjønnslemlestelsen avhenger av familiens økonomi og tradisjon, samt migrasjon og tilgang til personer som omskjærer. Kvinnelig kjønnslemlestelse gjennomføres hovedsakelig i tidsrommet fra jenta er

nyfødt til hun inngår ekteskap, eller får sitt første barn (Flo, 2010; Johansen, 2005; Talle, 2010).

De ulike redskapene som brukes ved kvinnelig kjønnslemlestelse innebærer ulike kniver, barberblad og sakser, og infibulasjonen blir ofte festet med spesielle tornetagger.

Urtekompresser blir brukt for å bedre sårtilhelingen og for å rense såret, i tillegg brukes en spesiell kvae som bandasje (Johansen, 2005). Kvinnelig kjønnslemlestelse utføres som regel av tradisjonelle spesialister, som ofte har fått sin kunnskap fra tidligere generasjoner (Johansen, 2005; WHO, 2014). Det er stadig vanligere at helsepersonell gjennomfører inngrepet under hygieniske forhold (Handlingsplan (2013-2016); Johansen, 2005).

”Kjønnslemlestelse bryter med en rekke grunnleggende likestillingsprinsipper, spesielt kvinners rett til å ha kontroll over egen kropp, seksualitet og helse” (Handlingsplan (2008-2011), s. 7). FNs barnekonvensjon og konvensjon om menneskerettigheter støtter ikke kvinnelig kjønnslemlestelse (Brunvatne, 2006). I tillegg har mange land, deriblant Norge, opprettet lovforbud mot gjennomføring av kvinnelig kjønnslemlestelse (IK-2723, 2000; Johansen, 2005; Kjønnslemlestelsesloven, 1995; Talle, 2010). Den norske befolkningen er i endring, og det norske samfunnet får et mer internasjonalt preg. Dette stiller økt krav til helsetjenesten (IS-1663, 2009).

Sykepleiere i Norge møter mennesker fra ulike kulturer og etniske grupper (Hanssen, 2005), og dermed trenger sykepleierne mer kunnskap om blant annet kvinnelig kjønnslemlestelse (Handlingsplan (2008-2011)). Studien har valgt et pasientperspektiv for å gi sykepleiere bedre innblikk i kvinners erfaringer, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.

1.1. Hensikt

Hensikten med studien er å belyse kvinnes erfaringer knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.

2. METODE

Dette er en allmenn litteraturstudie som innebærer å samle og analysere valgte artikler knyttet til studiens hensikt (Forsberg & Wengström, 2013).

2.1. Søkestrategi

Studiens søkestrategi er inspirert av Polit og Beck (2012). Ut fra valgt tema ble databasene Medline og Cinahl brukt til å søke etter forskningsartikler. I følge Forsberg og Wengström (2013) er Medline og Cinahl databaser som inneholder vitenskapelige tidsskriftsartikler og er ansett som gode databaser innenfor helsefag. De benyttede søkeordene var *female circumcision*, *experience* og *life experiences*. Det ble gjennomført ulike kombinasjoner av søkeordene innenfor de to databasene. Alle søkeordene ble kombinert med *and*. Explode ble avkrysset ved søkeordene *life experiences* og *circumcision female*, search as keyword ble avkrysset ved søkeordet *experience*. I kun ett søk ble avgrensningene; abstrakt, full tekst, dansk, engelsk, norsk og svensk brukt.

Det ble gjennomført fire søk som resulterte i totalt 346 treff. Første del av tabell 1 viser en skjematisk fremstilling av hvilke databaser som ble brukt, når søket ble gjennomført, avgrensninger, benyttede søkeord, samt antall treff. Se vedlegg 1 for fullstendig oversikt over søk og utvalgsstrategi.

Tabell 1. Eksempel på søk og utvalgsstrategi.

Database/tid	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Leste titler	Leste abstrakter	Leste artikler i sin helhet	Artikler inkludert i oppgaven
Medline 20.1.2015	Abstrakt, full tekst, dansk, engelsk, norsk, svensk	Circumcision, female (explode)	263	263 (225)*	38 (12)*	26 (16)*	10
Cinahl 29.1.2015		Circumcision, female AND life experiences (explode)	12	12 (4)*	8 (4)*	4 (3)*	1

Tre av de 13 inkluderte artiklene ble funnet i to forskjellige søk, og en artikkel ble funnet i tre forskjellige søk.

2.2 Utvalgsstrategi

Siste del av tabell 1 viser en skjematisk fremstilling av studiens utvalgsstrategi. Først ble alle titlene til artiklene lest og deretter abstraktet til de artiklene med en relevant tittel. Tilslutt ble de artiklene med et relevant abstrakt, knyttet til studiens hensikt, lest og gransket i sin helhet. Granskningsarbeidet av de relevante artiklene ble gjennomført ved hjelp av et skjema om artikkelgranskning/vurdering, se vedlegg 2.

Inklusjonskriteriene i denne studien er original artikler som omhandler kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse. Ettersom studiens hensikt ikke er avgrenset til noe spesifikt verdensområde ble artikler fra ulike land inkludert. Denne studien har et pasientperspektiv, dermed ble artikler som inneholder sykepleier- og pårørendeperspektivet forkastet. I tillegg ble de artiklene som ikke svarer på studiens hensikt valgt bort. Artikler som omhandler erfaringer fra selve kjønnslemlestelsen ble ekskludert ettersom studien ikke har fokus på denne delen av kjønnslemlestelsen.

De inkluderte artiklene er presentert i vedlegg 3. Et utdrag av vedlegget vises i tabell 2.

Tabell 2. Utdrag av inkluderte artikler.

Forfattere År Tidsskrift, tittel Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrumenter	Deltagere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentarer i forhold til kvalitet
Berggren et al. (2006) Journal of transcultural nursing. "Being different and vulnerable: experiences of immigrant african women who have been circumcised	Hensikten med studien er å utforske møtet med helsevesenet i Sverige av kvinner fra Somalia, Eritrea og Sudan som har blitt kjønnslemlestet.	Kvalitativ studie. Intervju.	22 deltok fra begynnelsen. 1 bortfall. 21 kvinner til sammen.	Kvinnene sammenlignet møtet med det svenske helsepersonellet og helsepersonellet i hjemlandet, og de hadde negative erfaringer av helsepersonellet i vertslandet.	Studien ble utført i henhold til de forskningsetiske prinsipper og var godkjent av Etisk komité av Karolinska Institutt.

and sought maternity care in Sweden”					
Sverige.					

De 13 inkluderte forskningsartiklene i denne studien blir ansett som svært relevante og de svarer på studiens hensikt. Studien inneholder sju kvalitative artikler, to kvantitative og fire artikler med kombinert metode.

2.3 Analyse

Jamfør Polit og Beck (2012) har analyseprosessen bestått av organisering og fremstilling av data for å besvare hensikten med studien. Analysearbeidet av artiklene er inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse. Alle de inkluderte artiklene ble analysert i sin helhet og forkortet ved å trekke ut viktige deler av artikkelens resultatdel, dette utgjorde de meningsbærende enhetene. Subkategoriene ble funnet ved å sette sammen de meningsbærende enhetene som hadde noe til felles. Deretter ble subkategoriene som hadde likheter satt sammen til en kategori. Analysearbeidet kom frem til fem kategorier. Tabell 3 viser et utdrag av kategorisering av funnene, se vedlegg 4 for fullstendig oversikt.

Tabell 3. Utdrag av kategorisering av funnene.

Subkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none"> - Flere kvinner sammenlignet møte med helsepersonellet i Europa med de i hjemlandet, og de følte seg derfor unormal og dårlig behandlet. - Kvinnene opplevde sårende uttrykk og kommentarer fra helsepersonell. - Mangel på sensitivitet fra helsepersonellet, manglende språkkunnskaper og en uvilje mot å snakke med personer utenfor familien hindret kvinnene i å ta kontakt med helsepersonell. - Kvinnene følte seg ikke respektert av helsepersonellet og ble ofte brukt som studieobjekter. 	Kvinnenes erfaringer i møte med helsepersonell, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.

2.4 Etiske overveielser

Artiklene som er inkludert i studien blir vurdert til å være valide og reliable, og dermed gir de troverdig kunnskap, jamfør Dalland (2012). Det er tilstrebet å velge artikler som er godkjent av etisk komité. Noen artikler som ikke er godkjent av etisk komite er inkludert på grunn av at de er svært relevante, og har stor betydning for studiens hensikt. Alle tidsskriftene som artiklene er publisert i er registrert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Det anses som uetisk å kun presentere de funnene som støtter forfatterens holdninger og meninger, jamfør Forsberg og Wengström (2013). Derfor er alle de relevante funnene for studiens hensikt presentert. Selv om det er tilstrebet å være tro mot artiklene kan mistolkninger ha oppstått i forbindelse med oversettelsen av de engelske artiklene. En korrekt referanseteknikk er benyttet ved å referere i løpende tekst, og ved å skape en litteraturliste.

3. RESULTAT

Resultatet i denne litteraturstudien omfatter 13 vitenskapelige artikler som beskriver kvinners erfaringer, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse. Forskningen i artiklene er blitt gjennomført i USA, Canada, Senegal, Egypt og ulike land i Europa (Spania, Nederland, Frankrike, Skandinavia, Sverige, Sveits). Tre artikler omhandler kvinner som bor i Afrika, og ti artikler omhandler kvinner som har migrert fra Afrika til ulike land i Europa. I tillegg gir resultatet helsepersonell kunnskap om kvinnenenes erfaringer, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.

Kvinnenenes erfaringer knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse er sammensatte, og analysen kom frem til fem kategorier:

- Kvinnenenes erfaringer i møte med helsepersonell
- Kvinnenenes erfaringer om fysiske komplikasjoner
- Kvinnenenes erfaringer om psykiske reaksjoner
- Kvinnenenes erfaringer om seksualitet og parforhold
- Kvinnenenes erfaringer om svangerskap, fødsel og barselperiode

3.1 Kvinnenenes erfaringer i møte med helsepersonell, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse

I en studie fra Sverige sammenligner kvinnene sine erfaringer fra svensk helsepersonell med de erfaringene de har fra hjemlandet. Den svenske studien grupperer kvinnenenes erfaringer i tre kategorier: plages av å være forlatt og lemlestet, bli blottstilt i møte med svensk helsepersonell, samt prøve å tilpasse seg en ny kulturell kontekst (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006). I en annen studie føler noen kvinner seg skuffet og dårlig behandlet av sveitsisk helsepersonell (Thierfelder, Tanner, & Bodiang, 2005). I hjemlandet føler kvinnene seg normale i forbindelse med å ha gjennomgått kjønnslemlestelse, spesielt infibulasjon, og de føler at hjemlandets helsepersonell har kunnskapen til å håndtere det (Berggren et al., 2006).

I en studie sier mange kvinner at de ofte føler seg flau, trist eller skyldig på grunn av måten de blir møtt av nederlandsk helsepersonell (Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer, & Muijsenbergh, 2012). I tillegg viser Chalmers og Hashi (2000) at 87,5 % av kvinnene rapporterer om sårende kommentarer fra helsepersonell i Canada. Kommentarene inkluderer verbale (74,2 %) og non-

verbale (78 %) uttrykk for overraskelse da legen så perineum, de blir møtt med avsky (55,1 %), de føler at ingen viser respekt for deres kulturelle praksis (57,4 %) og i noen tilfeller tilkaller legen en kollega for å se på kvinnene (58,6 %).

Mange kvinner husker reaksjonene fra legene som behandlet dem. Noen kvinner ble spurt om de hadde vært med i en ulykke eller blitt brent, og det fikk kvinnene til å rødme eller føle seg som om de har gjort noe galt (Thierfelder et al., 2005; Vloeberghs et al., 2012). I en studie beskriver noen kvinner hvordan de ble stirret på av leger, jordmødre og sykepleiere, og kvinnene tolket ut fra ansiktsuttrykkene på helsepersonellet at de så noe merkelig. Kvinnene sier også at de som behandler dem snakker om kvinnene med hverandre, selv når kvinnene er tilstede, men uten at de personlig blir konfrontert eller spurt om noe (Berggren et al., 2006).

De fleste kvinnene sier at kjønnslemlestelse ikke blir snakket om under konsultasjon, og heller ikke i deres private liv. Noen kvinner er lettet over at kjønnslemlestelse ikke blir tatt opp under legebesøk, ettersom de ikke vil snakke om det (Thierfelder et al., 2005). I en studie fra Nederland føler noen kvinner at de ikke ville snakke med en helseprofesjonell under fødsel eller ved medisinske/psykiske problemer. Vanskeligheter med å snakke nederlandsk og en uvilje mot å snakke med noen utenfor familien, om private forhold (som seksualitet), holder dem tilbake. Tre av 66 kvinner ga uttrykk for at de var eller hadde vært i kontakt med en psykiater eller et ambulerende psykisk helseteam (Vloeberghs et al., 2012). I tillegg viser Chalmers og Hashi (2000) at mange kvinner uttrykker bekymringer for mangelen på sensitivitet fra omsorgspersoner, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.

Noen kvinner ble spurt om studenter kunne observere undersøkelsen, siden deres genitalier blir sett på av medisinsk interesse (Thierfelder et al., 2005). Mange kvinner husker flere situasjoner i møte med svensk helsepersonell der de ikke blir respektert, og de føler seg som et studieobjekt for nysgjerrige helsepersonell (Berggren et al., 2006). En afrikansk kvinne i Sveits mener at det å bli brukt som eksemplar provoserer følelser av skam og frykt, og hun sa: ”beforehand I was proud. But the medical consultation hurt my pride” (Thierfelder et al., 2005, s. 88). I tillegg viser Khaja, Lay og Boys (2010) at selv om helsepersonell er klar over at kvinnene er fra Somalia vil de bli mer interessert i kjønnslemlestelsen, enn å fokusere på årsaken til at kvinnen oppsøker behandling.

3.2 Kvinnenes erfaringer om fysiske komplikasjoner, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse

En studie gjennomført i Frankrike viser at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse har økt risiko for helseproblemer, (Andro, Cambois, & Lesclingand, 2014), og en studie gjennomført i Egypt viser at over halvparten av kvinnene har fått komplikasjoner i ettertid (El-Defrawi, Lofty, Dandash, Refaat, & Eyada, 2001). Noen kvinner rapporterer om umiddelbare komplikasjoner knyttet til kjønnslemlestelsen, i form av ekstreme smerter og spenninger, store blødninger, dårlig sårtilheling, vaginal tørrhet, urinretensjon, ødemer og opphovning, samt infeksjoner og sepsis (Elgaali, Strevens, & Mårdh, 2005; Chalmers & Hashi, 2000; Vloeberghs et al., 2012).

De hyppigst nevnte langsiktige konsekvensene er relatert til seksualitet og gynekologiske problemer. I tillegg har kvinnene komplikasjoner i forbindelse med urinveiene, tretthet, hodepine, episoder med intense smerter, lokale infeksjoner og problemer relatert til svangerskap og fødsel (Andro et al., 2014; Chalmers & Hashi, 2000; Thierfelder et al., 2005; Vloeberghs et al., 2012). Av de 220 afrikanske kvinnene rapporterer 28 kvinner om senkomplikasjoner i form av cyster og arrdannelse, og tilbakevendende lokale infeksjoner (Elgaali et al., 2005), der tre av 66 kvinner i en nederlandsk studie har gjentatte urinveisinfeksjoner (Vloeberghs et al., 2012). Samtidig har mange kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse mage- og menstruasjonsplager (El-Defrawi et al., 2001; Isman, Ekéus, Berggren, 2013; Vloeberghs et al., 2012). I tillegg viser Andro et al. (2014) at gjennomgått kjønnslemlestelse også er forbundet med høyere risiko for rapportering av begrensninger i arbeid og andre aktiviteter.

En afrikansk kvinne sa: "I do not remember that moment, but I have been in pain since then" (Pereda, Arch, & Pérez-González, 2012, s. 562). I en studie fra Sverige sier flere kvinner at de ble opplært som barn å ikke vise smerter, dermed blir det å skjule uttrykk for smerte viktig gjennom hele livet til kvinnene, inkludert under fødsel (Isman et al., 2013). I en annen studie beskriver mange kvinner grundig de fysiske lidelsene som oppstår på grunn av betennelse i såret, smerter ved menstruasjon og vanskeligheter med seksuell liv. De refererte til sin egen smertefulle opplevelse, som de vil beskytte sine egne døtre fra (Berggren et al., 2006). Ved spørsmål om hva smerten gjør med dem svarte en kvinne i Nederland: "I start to tremble all over, and all the memories come flooding back. I cannot do anything for the next few days,

and all I want to do is sleep” (Vloeberghs et al., 2012, s. 686). En somalisk kvinne sier at det viser seg å være ett standardsyn blant kvinnene: ”I have to carry on with my life now and look ahead” (Vloeberghs et al., 2012, s. 687).

En studie fra Egypt viser at noen av kvinnene som har gjennomgått kjønnslemlestelse har problemer med urinveiene, dette gjelder lagrings- og vannlatingproblemer, samt problemer etter vannlating. Kvinnene har betydelig høyere prevalens av lagringssymptomer, i form av hastverk, økt frekvens og nokturni, enn kontrollgruppen i studien. Ufullstendig tømning av urinblæren og lekkasje etter avsluttet urinstråle er sjeldnere rapportert enn lagrings- og vannlatingssymptomer. Smertefull vannlating er det mest rapporterte symptomet, etterfulgt av manglende evne til å avslutte urinstrålen raskt, anstrengt vannlating og svak urinstråle. Det er mest vanlig med blandet urininkontinens, deretter urgeinkontinens, etterfulgt av stressinkontinens hos kvinner som er kjønnslemlestet. Kvinner som har gjennomgått eksisjon og infibulasjon har høyere risiko for urinveissymptomer, enn de som har gjennomgått klitoridektomi (Amin, Rasheed, & Salem, 2013).

3.3 Kvinnenes erfaringer om psykiske reaksjoner, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse

En studie gjennomført i Senegal viser at 80 % av kvinnene som har gjennomgått kjønnslemlestelse lider med påtrengende etteropplevelser. De oppfyller kriteriene for angst eller affektive lidelser, og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er spesielt høyt presentert (Behrendt & Moritz, 2005). I en annen studie fra Nederland er PTSD til stede hos 17,5 % av kvinnene som har gjennomgått kjønnslemlestelse, 31,7 % har symptomer på angst og 34,9 % har symptomer på depresjon (Vloeberghs et al., 2012). I sammenligning med en spansk populasjon, angående mental helse, skåret alle tre kvinnene som har gjennomgått kjønnslemlestelse høyt på selvfølelse og lavt på psykologiske symptomer (Pereda et al., 2012). I tillegg viser en studie fra Frankrike at de fleste kvinnene rapporterer om dårlig trivsel og lav selvfølelse, samt søvnforstyrrelser, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse (Andro et al., 2014). En studie gjennomført i Sverige viser at alle kvinnene som er infibulert, mener at kjønnslemlestelsen har negativ innvirkning på deres liv (Isman et al., 2013).

En studie fra Nederland viser at kvinner uten selvstendig inntektskilde har mer symptomer på angst/depresjon, sammenlignet med andre som har en jobb eller sosial fordel. Kvinner som er infibulert, de som husker tilfellet av kjønnslemlestelsen og kvinner som har fått undervisning

om kjønnslemlestelse etter at inngrepet er gjennomført, rapporterer om flere symptomer på PTSD og angst/depresjon enn de resterende kvinnene i studiegruppen. De som var eldre ved tidspunktet for kjønnslemlestelsen rapporterer om flere PTSD symptomer, men ikke flere symptomer på angst/depresjon. Det er også avgjørende hvem kjønnslemlestelsen blir diskutert med. Kvinnene som søkte hjelp hadde ikke mindre symptomer på PTSD, men flere symptomer på angst/depresjon enn de som ikke søkte hjelp.

Mange kvinner rapporterer om langvarige problemer, (Vloeberghs et al., 2012), og stadig tilbakevendende dårlige minner, særlig i forbindelse med fødsler og ved gynekologiske undersøkelser (Berggren et al., 2006). I tillegg blir mareritt, følelse av frykt og sørgmodighet, samt maktesløshet og likegyldighet nevnt (Chalmers & Hashi, 2000; Vloeberghs et al., 2012). En afrikansk kvinne sier: "Sometimes I have nightmares about what happened that evening. It still affects me to this day, but there is nothing I can do about it. Fortunately I am not in Africa anymore." (Vloeberghs et al., 2012, s. 687).

Flere kvinner sier at ikke å ha gjennomført kjønnslemlestelse blir oppfattet som skammelig i hjemlandet, men i møte med vertslandet blir det sett på som skammelig å være kjønnslemlestet (Berggren et al., 2006). I tillegg blir sinne, skam, skyldfølelse og følelsen av å bli ekskludert ofte nevnt, og følelsen av skam kan nå et punkt der kvinnen ikke søker hjelp for sine problemer (Vloeberghs et al., 2012). En afrikansk kvinne sa: "You feel terribly embarrassed. That is why circumcised women become isolated, mentally ill or mad. Either that or she stops talking (...) And because we feel ashamed, we stay home with our problems" (Vloeberghs et al., 2012, s. 685).

Følelsen av å være unormal og annerledes, særlig i forhold til seksualitet, under fødsel og når de oppsøker hjelp av helsetjenesten, blir ofte rapportert. I tillegg blir opplevelsen av ensomhet og det å være isolert rapportert av flere kvinner, (Thierfelder et al., 2005; Vloeberghs et al., 2012), og de fleste kvinnene sier at det nederlandske folket synes synd på dem (Vloeberghs et al., 2012). Kvinnene i en studie fra USA og Canada beskriver benevnelsene "female genital mutilation" og "FGM" som fornærmende og nedverdiggende, de mener at andre betrakter dem som mangelfull og usiviliserte. Kvinnene erfarer også denne benevnelsen som rasistisk, at de nedstammer fra et opphav eller et kontinent som andre feilaktig oppfatter som villmann, og hvor overgrep mot kvinner er vanlig og tolerert (Khaja, Barkdull, Augustine, & Cunningham, 2009).

Det å være kjønnslemlestet gir kvinnene i en svensk studie en følelse av tilhørighet til noe kjent, i dette tilfellet til deres egen kultur og hjemland (Isman et al., 2013). I en studie fra Canada sier de fleste kvinnene at de føler seg stolte for å ha gjennomgått kjønnslemlestelse, de føler seg vakrere, spesielle, føler glede og mer trofasthet til sine ektemenn. Det er få kvinner som var lei seg, sinte eller følte seg sviktet for at de var kjønnslemlestet (Chalmers & Hashi, 2000), mens i en annen studie fra Nederland var det kun én av 66 kvinner som hevdet å være stolt av å være omskrået (Vloeberghs et al., 2013).

3.4 Kvinneres erfaringer om seksualitet og parforhold, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse

I en studie gjennomført i USA og Canada sier de fleste kvinnene at de fortsatt er seksuell aktiv, men samtaler om kjønnslemlestelsen får dem til å fremstå som om deres seksuelle liv er mangelfull (Khaja et al., 2010). Mange kvinner beskriver sine seksuelle problemer som omfattende, og det er uenigheter om evnen til å oppnå orgasme knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse (El-Defrawi et al., 2001; Pereda et al., 2012; Thierfelder et al., 2005). I tillegg viser Chalmers og Hashi (2000) at seksuelle aktiviteter er noe kvinnene ikke har nytelse av.

Flere kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse sier at deres seksualliv er vanskelig, og preget av mangel på lyst og glede (Andro et al., 2014; El-Defrawi et al., 2001; Isman et al., 2013). I følge kvinnene er redusert følelse under samleie den høyst rangerte komplikasjonen, (Thierfelder et al., 2005), og vaginal tørrhet det største problemet (El-Defrawi et al., 2001; Pereda et al. 2012). Videre viser El-Defrawi et al. (2001), Pereda et al. (2012) og Vloeberghs et al. (2012) at kvinnene tar selv ikke initiativ til seksuelle aktiviteter, de er mer reserverte, og rapporterer om moderat seksuell tilfredsstillelse og seksuell kommunikasjon med sine partnere.

En studie gjennomført i Frankrike viser at kvinnenes seksualliv forble betydelig påvirket etter gjennomført kjønnslemlestelse. Dette innebar blant annet at det første samleie var svært smertefullt, de hadde utilfredsstillende seksualliv, hyppige smerter og en brennende følelse under samleie (Andro et al., 2014). To studier viser at dyspareuni (smertefullt samleie) ofte blir rapportert (Elgaali et al., 2005; Isman et al., 2013), men kun en studie fra Egypt viser ingen forskjell angående dyspareuni, da kvinnene ble sammenlignet med en kontrollgruppe

(El-Defrawi et al., 2001). I tillegg viser Chalmers og Hashi (2000) at seksuelle aktiviteter ofte kan oppleves traumatisk, og deres resultat viser uenigheter om en fødsel endrer opplevelsen av smerter under seksuelle aktiviteter.

Smerter og ubehag under seksuelle aktiviteter demper sexlysten, og fører til at mange kvinner unngår intimitet. Dette kan medføre en negativ innvirkning på ekteskapet. Kvinnene opplever samleie som en smertefull plikt i stede for en lystbetont, frivillig handling, og dette kan føre til at de ikke søker intimitet med noen andre enn sine ektemenn. Hyppigheten av seksuelle aktiviteter er derfor veldig lave (El-Defrawi et al., 2001; Pereda et al., 2012). Noen kvinner som deltok i en canadisk studie sier at deres partner er klar over smertene de har, og er dermed forsiktig med dem (Chalmers & Hashi, 2000).

I en studie gjennomført i Spania rapporterer alle tre kvinnene om angst og ekstrem frykt før de skulle gifte seg, med tanke på at de måtte være seksuell aktiv (Pereda et al., 2012). En svensk studie viser at lidelsene ved ekteskapet var tilbakevendende og relatert til deres behov for å bli deinfibulert (åpne infibuleringen), for å lette samleiet etter inngått ekteskap (Berggren et al., 2006). I en studie fra Canada sier flere kvinner at deinfibuleringen var vanskelig og smertefull, og bryllupsnatten var fryktet hos de fleste kvinnene. 405 av 432 kvinner sier at de ble skadet under bryllupsnatten, og hjelp for denne skaden ble sjeldent oppsøkt (Chalmers & Hashi, 2000). En afrikansk kvinne sier at siden hun kom til Europa har hun fått hjelp med sine seksuelle problemer gjennom glidemiddel hun har fått av helsevesenet (Pereda et al., 2012).

Åtte av 66 kvinner rapporterer om følelser som fortvilelse, frustrasjon og sinne mot menn, og deres ofte selvsentrete oppførsel (Vloeberghs et al., 2012). En sudansk kvinne forteller om hvordan hennes mann ser på pornografi mens de har samleie, og han vil at hun skal prøve alle slags stillinger: "but I cannot possibly do what she is doing. I have been circumcised – she hasn't. So I will say to him "don't ask me to do the impossible"" (Vloeberghs et al., 2012, s. 686). I minst ett tilfelle ble skillsmisse et resultat på grunn av kvinnes manglende evne til å etterkomme mannens seksuelle krav, knyttet til gjennomgått infibulasjon (Vloeberghs et al., 2012).

3.5 Kvinnenes erfaringer om svangerskap, fødsel og barselperiode, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse

Selv om flere kvinner hadde helseproblemer under svangerskapet, ville de heller være hjemme, i stede for å kontakte svensk helsepersonell. Årsaken til dette var for å unngå fornærmelser fra jordmødrene (Berggren et al., 2006). ”I had a lot of questions during my pregnancy. I had the feeling there was nobody whom I could have really asked. I missed a traditional midwife as we have in Somalia” (Thierfelder et al., 2005, s. 88). Flere kvinner erfarer at de ikke ble spurt om de har gjennomgått kjønnslemlestelse før fødselen, og de tok det da forgitt at jordmødre i Sverige hadde tilstrekkelig kunnskap. Dette førte til følelser av usikkerhet, og kvinnene ble sjokkerte da de forstod at jordmødrene ikke visste hvordan de skulle deinfibulere dem (Berggren et al., 2006). I en annen studie forteller en kvinne at hun ble redd og følte seg forlatt da hun innså at hennes jordmor ikke viste hvordan hun skulle ha omsorg for en kvinne som er kjønnslemlestet (Isman et al., 2013).

Problemer under fødsel er vanlig hos kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse (Pereda et al., 2012). Tre kvinner som er infibulert beskriver den første fødselen som svært vanskelig og smertefull (Isman et al., 2013). En studie gjennomført i Frankrike viser at hvilke komplikasjoner som oppstår er avgjørende for hvilken type kjønnslemlestelse kvinnen har gjennomgått. Kvinner som har gjennomgått klitoridektomi har lavere risiko for blødninger, mens alle typene av kvinnelig kjønnslemlestelse gir økt risiko for å revne under fødselen (Andro et al., 2014). En studie viser at det ble gjennomført keisersnitt i seks tilfeller, på grunn av anatomiske forandringer som har oppstått, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse (Elgaali et al., 2005). En annen studie viser ingen forskjell mellom kvinnene angående keisersnitt og vaginal fødsel, blødning og bruken av tang, sammenlignet med en kontrollgruppe i Frankrike (Andro et al., 2014).

I en svensk studie sier kvinnene at de ville bli deinfibulert før fødselen, for å unngå ekstra påkjenning under fødselen. De kvinnene som ikke var deinfibulert før fødselen forsøkte å instruere jordmødrene om hvordan de skulle deinfibulere, i den kritiske fasen, men på tross av dette følte de fleste kvinnene at de ikke ble sett eller hørt av helsepersonell. Kvinnene uttrykte følelser av hjelpsløshet og sårbarhet, og følte redsel om de ikke ble deinfibulert på det riktige tidspunktet under fødselen (Berggren et al., 2006). I en annen studie understreker alle 29 kvinnene at deinfibulasjon bør utføres under fødselen, slik som episiotomi gjøres på sveitsiske

kvinner, i stede for å legge til en ekstra traumatisk hendelse i svangerskapet, (Thierfelder et al., 2005). I tillegg viser Berggren et al. (2006) at flere kvinner opplever at svenske jordmødre ikke vet hvordan de skal håndtere kvinnenens ønske om å bli deinfibulert, verken under fødsel eller etter inngått ekteskap.

Flere kvinner i en svensk studie sier at de ønsker å bli reinfibulert (gjenta infibuleringen) etter fødsel, til samme størrelse som før fødselen, slik praksisen gjøres i hjemlandet. De henviste til deres egen lidelse av å "være åpen", og mener at loven som forbyr helsepersonell i å reinfibulere kvinnene mer enn nødvendig er for streng (Berggren et al., 2006).

Halvparten av kvinnene i en canadisk studie sier at amming er mer problematisk på grunn av vanskeligheter med å bevege seg etter reinfibulasjon, og flere sier at dette påvirker deres valg om å amme. I tillegg erfarte 40,5 % av kvinnene at sykepleiere i Canada er svært ufølsom for deres smerter under barseltiden, og at de er uvitende om at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse opplever alvorlige barselsmerter (Chalmers & Hashi, 2000).

4. DISKUSJON

4.1. Resultatdiskusjon

Hensikten med studien er å belyse kvinnenes erfaringer knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse. Resultatet viser at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse har erfaringer knyttet til møte med helsepersonell, fysiske komplikasjoner, psykiske reaksjoner, seksualitet og parforhold, samt svangerskap, fødsel og barselperiode.

Resultatet viser at kvinnene opplever å ikke bli respektert av helsepersonell, og de mener at helsepersonell trenger mer kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse. Første møte med en kvinne som er kjønnslemlestet kan skape følelsesmessige reaksjoner, hos den enkelte helsearbeider. Dette kan redusere kvaliteten av profesjonelt arbeid, dersom helsepersonell lar sin reaksjon gå utover pasientkontakten. Helsepersonell som har møtt kvinner som er kjønnslemlestet kan ha behov for å bearbeide sine følelser og reaksjoner, slik at de er mer forberedt og kan møte kvinnene på en bedre profesjonell måte. Dermed kan det være nødvendig med opplæring av helsepersonell om kvinnelig kjønnslemlestelse (Andersson & Staugård, gjengitt etter Andersson, 2001; IK-2723, 2000; Johansen, 2005). Å heve kompetansenivået blant helsepersonell i Norge, om kvinnelig kjønnslemlestelse, kan gjøres gjennom kurs, seminarer og andre opplæringstiltak (Handlingsplan (2008-2011)). Siden sykepleiere i Norge hovedsaklig møter kvinnene etter at kjønnslemlestelsen er gjennomført, er det viktig at de har kunnskap om aktuelle komplikasjoner som kan oppstå (Ulvund, 2013). Det er også viktig at sykepleiere er i stand til å gjenkjenne gjennomgått kjønnslemlestelse, i tillegg til at de vet hvordan dette skal håndteres (IK-2723, 2000). Økt kunnskap kan bidra til at kvinner som er kjønnslemlestet, blir møtt med respekt og omtanke, i tillegg til at de får god hjelp og informasjon. Derfor kan økt kunnskap gi en bedre sykepleieutøvelse (IK-2723, 2000; Johansen, 2005; Kristoffersen, 2012).

Resultatet viser også at de fleste kvinnene ikke ønsker å snakke om kjønnslemlestelse under konsultasjon. Dette for å unngå fornærmende oppførsel av helsepersonell. Det å oppsøke helsehjelp med ømfintlige tema kan være ubehagelig (Schei, 2006). Overgrep, traumatiske hendelser og relasjonsbrudd kan svekke personers grunnleggende tillit. Sykepleieren sin oppgave blir å avverge at et mistillitsforhold oppstår, gjennom å legge til rette for en god relasjon, gi god omsorg og informasjon, samt møte den enkelte med respekt (Eide & Eide,

2007; IK-2723, 2000; Johansen, 2005). Mistillit kan bidra til at misforståelser og konflikter oppstår (Hummelvoll, 2012). I motsetning til studiens resultat viser litteratur, at kvinner har et ønske om at problemer knyttet til kjønnslemlestelse blir belyst av helsepersonell, ettersom de forventer informasjon. Kjønnslemlestelse er ofte større tabubelagt hos helsepersonell, enn hos de aktuelle kvinnene (Ulvund, 2013). Årsaken til dette kan være på grunn av at helsepersonell føler en usikkerhet om å ta opp problemer knyttet til kjønnslemlestelse med kvinnene, i tillegg til at helsepersonell kan ha negative holdninger til praksisen (Johansen, 2005).

For at sykepleieren skal kunne legge til rette for en god dialog, med en kvinne som er kjønnslemlestet, er det viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter og god kulturforståelse (Handlingsplan (2008-2011)). Sykepleieren må kunne stille de riktige spørsmålene, ta seg god tid, lytte aktivt og gi bekreftende respons. Åpne spørsmål gir rom for at kvinnene kan fortelle mer detaljert om det som blir tatt opp, sammenlignet med lukkede spørsmål (Eide & Eide, 2012). Det kan også være gunstig som sykepleier å spørre kvinner som opprinnelig er fra land der kjønnslemlestelse praktiseres, om de er kjønnslemlestet. Om dette er tilfellet kan det være nødvendig å spørre kvinnen hvor omfattende kjønnslemlestelsen er, om hun har noen oppståtte komplikasjoner, og om hun har fått informasjon angående kvinnelig kjønnslemlestelse tidligere. Dette gir sykepleieren informasjon om kvinnens situasjon, og kan dermed gi et bedre utgangspunkt for sykepleieutøvelsen (Johansen, 2005). ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Å be kvinnen om å gjenfortelle det som har blitt tatt opp under samtalen, kan være gunstig for å forsikre seg om at informasjonen er forstått, samt at sykepleieren får innblikk i kvinnens evne til å motta informasjon (Eide & Eide, 2012).

Videre viser resultatet at språkproblemer hindrer kvinnene i å ta kontakt med helsevesenet. Misforståelser kan ofte oppstå når personer skal oversette sine tanker til et annet språk, ettersom morsmålets verdier og symboler kan gi en annen betydning ved oversettelse (Hanssen, 2005). I tillegg kan misforståelser oppstå ettersom ord og kroppsspråk ofte oppfattes ulikt. Derfor er det nødvendig at sykepleiere er bevisst over sitt kroppsspråk, i møte med kvinner som er kjønnslemlestet (Johansen, 2005). Det er viktig at kvinnene får formidlet seg på sitt morsmål, dersom de ikke kan kommunisere via et fellesspråk. Dermed kan det være nødvendig å benytte seg av en profesjonell tolk (Brunvatne, 2006; Viken & Magelssen,

2010). Profesjonell tolk kan kvalitetssikre kommunikasjonen ved å skape en bro mellom kvinnen og sykepleieren (IS-1663, 2009).

Resultatet viser at gjennomgått kjønnslemlestelse medfører psykiske reaksjoner, blant annet PTSD, angst og depresjon. Det kan være flere faktorer som kan bidra til psykiske lidelser hos kvinner som er kjønnslemlestet. Dersom de har flyktet fra hjemlandet kan krig, flukt, tap av familiemedlemmer og det å være i eksil være faktorer som bidrar til psykiske lidelser.

Omstendighetene rundt selve gjennomførelsen av kjønnslemlestelsen kan også være en medvirkende faktor (Flo, 2010; Johansen, 2005). I tillegg påpeker Dalgard og Sveaass (2010) at migrasjon kan ha både en positiv og negativ effekt, knyttet til personens psykiske helse. Ulvund (2013) viser at afrikanske kvinneforskere beskriver smerte, sjokk og opplevelse av svik fra omsorgspersoner som umiddelbare psykologiske reaksjoner, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.

Traumer forårsaket av en annen person *med hensikt* er mer skadelig, enn traumer forårsaket av naturkatastrofer og lignende (Brunvatne, 2006). Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, fysisk mishandling og omsorgssvikt kan ha økt risiko for utvikling av PTSD, i likhet med kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse (Sosial- og helsedirektoratet & Barne- og familiedepartementet, 2003; Schei 2010). Andre psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, må ha like stort fokus som PTSD ettersom disse lidelsene ofte kan oppstå etter ekstreme traumer (Brunvatne, 2006). I tillegg er det viktig at sykepleieren er klar over at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse kan oppleve retraumatisering, i forbindelse med utfordrende situasjoner senere i livet. Utfordrende situasjoner kan være for eksempel under en fødsel, ved gynekologiske undersøkelser og/eller ved deinfibulasjon (Brunvatne, 2006; Johansen, 2005). I sammenligning med personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep er skadevirkninger som skam- og skyldfølelse, isolasjon, lavt selvbylde, søvnvansker, angst og depresjon, samt psykosomatiske lidelser være ulike tilstander som kan oppstå i ettertid (Sosial- og helsedirektoratet & Barne- og familiedepartementet, 2003).

Videre viser resultatet at noen kvinner føler seg unormal i møte med vertslandet, på grunn av at de har gjennomgått kjønnslemlestelse. Mange innvandrere er ofte sterkt knyttet til sin tradisjon og religion. Dermed kan det oppstå utfordringer når de møter vertslandet, og de opplever at vertslandet er svært ulikt fra deres hjemland. Hvor stor forskjellen er mellom hjemlandet og vertslandet kan ha betydning for vanskelighetsgraden til å tilpasse seg

vertslandet (Brunvatne, 2006). Det er også viktig at sykepleieren er klar over at kvinner som har migrert kan oppleve psykiske problemer knyttet til det å være migrant. Migranter kan ofte ha en opplevelse av sårbarhet og en følelse av manglende integrering i det norske samfunnet (Johansen, 2005). Sykepleiere skal gi alle likeverdige helsetjenester, uavhengig av bakgrunn, jamfør *diskrimineringsloven om etnisitet* (2013, § 6). Kvinner som blir møtt med rasisme og diskriminering kan oppleve å få redusert helsetilstand, på grunn av dårligere tilgang til helsetjenester (Kumar, 2010).

For å kunne utøve god sykepleie til kvinner som er kjønnslemlestet er det viktig at sykepleieren har et helhetlig menneskesyn. Mennesket har fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Behovene er sammensatte, de påvirker hverandre og blir påvirket av omgivelsene. Sykepleieren har som oppgave å legge til rette slik at kvinnene får dekket sine fire behovsområder (Kristoffersen & Nortvedt, 2012). I tillegg sier deler av Benner og Wrubel sin omsorgsteori at sykepleieren skal støtte kvinnene til å håndtere tap, lidelse og sykdom gjennom å ha fokus på kvinnes opplevelse av situasjonen (Kirkevold, 2003; Kristoffersen, 2012).

Resultatet viser at gjennomgått kjønnslemlestelse gir en økt risiko for fysiske komplikasjoner. Annen forskning og litteratur underbygger studiens resultat, med tanke på fysiske komplikasjoner som kan oppstå, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse (Almroth, 2005, Elmusharaf, 2006, Morison, 2001, Rouzi, 2001, Rushwan, 2000, gjengitt etter Flo, 2010; Austveg, 2010; Brunvatne, 2006; Dare et al., 2004; Dirie & Lindmark, 1992; Flo, 2010; Ulvund, 2013; IK-2723, 2000; Johansen, 2005; WHO, 2014). I tillegg har kvinnene også økt risiko for skader på klitorisnerven (Fernandez-Aguillaret, 2003, gjengitt etter Flo, 2010; IK-2723, 2000; Johansen, 2005), hematokolpos (oppbygging av menstruasjonsblod) (Dirie & Lindmark, 1992; IK-2723, 2000; Johansen, 2005), steindannelser i urinveiene (Johansen, 2005; Nour, 2006, gjengitt etter Flo, 2010), obstipasjon (Flo, 2010), rifter (Thazib, 1983, gjengitt etter Flo, 2010) og fisteldannelse (Rushwan, 2000, Thazib, 1983, gjengitt etter Flo, 2010), samt økt risiko for smitte av seksuelt overførbare sykdommer (Johansen, 2005; Morison et al. 2001), og i verste fall død (Austveg, 2012; Johansen, 2005; Meleigy, 2007, gjengitt etter Flo, 2010). Ulvund (2013) og IK-2723 (2000) viser også at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse har økt risiko for bevegelseshindring. I tillegg må sykepleieren være klar over at kvinnes fysiske plager også kan ha andre årsaker, enn kun kjønnslemlestelsen (IK-2723, 2000).

Resultatet viser at gjennomgått kjønnslemlestelse kan medføre mage- og menstruasjonssplager. Sykepleieren må være klar over at kvinner som er infibulert kan ha dysmenoré (smertefull menstruasjon), og lengre varighet av menstruasjonen. Årsaken til langvarig menstruasjon kan være hematokolpos. Hematokolpos kan medføre smerter og press, på grunn av at blodet samler seg i vagina eller uterus. Menstruasjonsblodet kan skape en stuvning i skjeden, livmorhulen og/eller bukhalen, og dermed føre til infeksjoner og alvorlige skader på indre kjønnsorganer (Johansen, 2005; Flo, 2010; Sand, 2010). Deinfibulasjon kan bidra til å lindre noen av de oppståtte fysiske komplikasjonene hos kvinner som er infibulert (Dirie & Lindmark, 1992; Johansen, 2005; Ulvund, 2013). I tillegg viser forskning og litteratur at det er en sammenheng mellom kvinnelig kjønnslemlestelse og infertilitet (Almroth et al., 2005; Handlingsplan (2008-2011); IK-2723, 2000; Johansen, 2005; Sand, 2010; WHO, 2014).

Videre viser resultatet at kvinner som er kjønnslemlestet lider av sterke smerter generelt, og særlig i forbindelse med seksuelle aktiviteter.

Smerter i underlivet kan ha både fysiske og psykiske årsaker (...) Hos kvinner med kroniske underlivssmerter uten påvisbar årsak kan smerten i noen tilfeller skrive seg fra hendelser tilbake i tid, som vold under samleie eller seksuelt misbruk. Kvinnen setter ikke alltid disse hendelsene i forbindelse med smerten.

(Ulvund, 2013, s. 836)

Opplevelsen av smerte er individuell, og det kan være vanskelig å gi uttrykk for smerte. Derfor kan misforståelser raskt oppstå mellom sykepleieren og kvinnen som mottar behandling (Schjølberg, 2013). Dyspareuni kan oppstå på grunn av ulike fysiske årsaker, (Schei, 2010; Frølich 2001), og smerter og/eller svekket sensitivitet i kjønnsorganer kan redusere kvinnes seksuelle nytelse (Johansen, 2005). Både redselen for å få smerter, og selve smerteopplevelsen under seksuelle aktiviteter, kan være en faktor for at kvinnene unngår seksuell omgang (Almås & Benestad, 2006). Det kan være gunstig for sykepleieren å benytte seg av et smertekartleggingsskjema, for å skape en oversikt over lokalisering og intensitet av kvinnes smerter. Dette gir bedre forutsetning dersom kvinnen ønsker smertebehandling (Trier, 2013). Som nevnt i resultatet er kvinnene opplært til ikke å vise smerte. Man kan dermed anta at det oppstår utfordringer når kvinnen skal gjøre rede for sine smerter i et smertekartleggingsskjema. Se vedlegg 5 for eksempler av ulike smertekartleggingsverktøy.

I tillegg viser resultatet at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse har problemer i forbindelse med deres seksualliv. Det kan være vanskelig å sammenligne hvordan seksuallivet har blitt påvirket, etter gjennomgått kjønnslemlestelse, ettersom kjønnslemlestelsen ofte blir gjennomført før jentene debuterer seksuelt (Johansen, 2005). Man kan se en likhet mellom kvinner som er kjønnslemlestet og personer som har blitt utsatt for voldtekt, i forhold til risikoen for utvikling av seksualvansker (Nesheim & Nesvold, 2010). Som sykepleier er det viktig å samle data om seksualitet, på lik linje med andre behovsområder. Det kan være utfordrende for kvinner som har migrert til Norge å snakke med norsk helsevesen om sine seksuelle problemer, ettersom kulturforskjellene kan gi ulik kroppssoppfatning. Sykepleieren må ta hensyn til kulturelle forskjeller i møte med kvinner som er kjønnslemlestet (Bjørk & Breievne, 2012).

Resultatet viser at det er uenigheter om evnen til å oppnå orgasme knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse. Kvinner kan oppnå orgasme ved berøring og stimuli av klitoris (Schei, 2010; Almås & Benestad, 2006). Dermed kan det se ut til at redusert evne til å oppnå orgasme kan være på grunn av skader på, eller fjerning av hele eller deler av klitoris, samt skader på de små kjønnslepper, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse (Sand, 2010). I følge Almås og Benestad (2006) gir vaginalveggen mindre seksuell nytelse under samleie, sammenlignet med stimulering av klitoris. Johansen (2005) og Gamnes (2012) viser at dersom klitoris er skadet eller fjernet vil andre erogene soner på kroppen kompensere for følsomhet ved seksuell tilfredsstillelse. I tillegg viser Johansen (2005) at klitoris kan være intakt under hudseglet selv om kvinnen er infibulert.

Resultatet viser også at kvinnene har behov for å bli deinfibulert, for å lette samleie. Deinfibulasjon kan være nødvendig for at kvinnen skal være i stand til å gjennomføre et samleie, i tillegg kan deinfibulasjon bidra til å begrense problemer under seksuelle aktiviteter (Ulvund, 2013; Johansen, 2005). Dersom kvinnen ønsker å bli deinfibulert bør sykepleieren gi informasjon om at det er en lege og en jordmor på hvert regionsykehus i Norge med spesialkompetanse, angående vurdering og gjennomføring av deinfibulasjon (Johansen, 2005; Sand, 2010). I enkelte kulturer er deinfibulasjon en del av bryllupsritualet (Johansen, 2005).

Videre viser resultatet at kvinnene er uenig om hvilket tidspunkt som er best for deinfibulering, i forbindelse med svangerskap og fødsel. I følge Sand (2010) er det beste tidspunktet for deinfibulering ved puberteten, ved etablering av forhold eller ved inngåelse av

ekteskap. Å gjennomføre deinfibulering så tidlig som mulig er gunstig for å redusere helsemessige problemer som kan oppstå, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse. Dersom kvinnen ikke er deinfibulert før fødselen, bør deinfibuleringen skje under svangerskapet, slik at fødselen kan gjennomføres tilnærmet normalt (Johansen, 2005). Under svangerskapet bør deinfibuleringen helst gjennomføres i 2. trimester, slik at såret er tilhelet før fødselen, og for å bedre den medisinske overvåkingen under fødselen (IK-2723, 2000; Purchase et al., 2013; Sand, 2010). På grunn av manglende kunnskap hos sykepleiere, om kjønnslemlestelse og deinfibulering, kan opplevelsen under fødselen oppleves svært traumatisk (Straus, McEwen, & Hussein, 2009).

Resultatet viser at problemer under fødsel oppstår ofte hos kvinner som er kjønnslemlestet, i tillegg har kvinnene stor risiko for å revne i forbindelse med fødselen. Gjennomgått kjønnslemlestelse bidrar til at det oppstår arrdannelse i vevet rundt skjedeåpningen, og vevet blir mindre elastisk. Kvinnene har derfor en større risiko for at huden revner ukontrollert under en fødsel (Johansen, 2005; Straus et al., 2009). Kvinner som er kjønnslemlestet har økt risiko for forlenget og problematisk fødsel (Chibber, El-Saleh, & Harmi, 2011). I sammenligning med klitoridektomi og eksisjon, er det infibulasjon som medfører flest problemer under en fødsel (Flo, 2010; Johansen, 2005). I tillegg øker risikoen for dødfødsel dersom mor er kjønnslemlestet (Chibber et al., 2011; Flo, 2010; WHO, 2014).

Resultatet viser uenigheter om risikoen for keisersnitt øker, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse. Chibber et al. (2011) og Flo (2010) hevder at gjennomgått kjønnslemlestelse gir økt forekomst av keisersnitt, samtidig viser IK-2723 (2000) og Paliwal, Ali, Bradshaw, Hughes, & Jolly (2014) at gjennomgått kjønnslemlestelse gir ingen indikasjon for keisersnitt. Keisersnitt kan være nødvendig i enkelte tilfeller for å sikre mor og/eller barnets helse (Johansen, 2005). I følge Straus et al. (2009) føler kvinner som er kjønnslemlestet at de blir oppmuntret til keisersnitt. Dette på grunn av at sykepleiere har en formening om at kvinnene ikke er i stand til å gjennomføre en "normal" fødsel.

Resultatet viser at kvinner som er kjønnslemlestet ønsker å bli reinfibulert etter en gjennomgått fødsel. I Norge er gjennomføring av kjønnslemlestelse forbudt, samt reinfibulasjon, jmfør *kjønnslemlestelsesloven* (1995, § 1). Sykepleieren er nødt til å forholde seg til gjeldende lover (Norsk sykepleierforbund, 2011), samtidig som man skal ivareta brukermedvirkningen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dermed kan det se ut

til at dette blir et etisk dilemma, ettersom det vil være to verdifulle handlinger, men kun ett reelt valg. Et etisk dilemma defineres som et vanskelig valg, der det oppstår en verdikonflikt mellom hva en sykepleier kan, bør og skal gjøre. Det sykepleieren *kan* gjøre innebærer alle de praktiske mulighetene i situasjonen, det han/hun *skal* gjøre innebærer de juridiske rammene, og det sykepleieren *bør* gjøre omfatter etiske spørsmål. Juss, vitenskap, religion, kultur og personlige følelser påvirker etiske dilemmaer (Birkler, 2009).

Norsk sykepleierforbund (2011) sier at ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”. Samtidig skal sykepleieren ivareta kvinnes autonomi, innenfor gjeldende juridiske og moralske områder (Eide, 2010).

Å påtvinge andre mennesker synspunkter som de selv ikke har eller kan gi sin tilslutning til, vil være å underkjenne vedkommendes autonomi. Det vil være forbundet med å krenke den andres menneskelighet (...) Autonomibaserte prinsipper er selvbestemmelsesrett, brukermedvirkning og personlig ansvar.

(Eide, 2010, s. 162)

Resultatet viser også at kvinner som er kjønnslemlestet synes at benevnelsene ”female genital mutilation” og ”FGM” er fornærmende og nedverdiggende. Benevnelsene kvinnelig kjønnslemlestelse og kvinnelig omskjæring er de begrepene som brukes i Norge. Begrepet kvinnelig kjønnslemlestelse påpeker alvorlighetsgraden av inngrepet, og kvinnelig omskjæring omhandler det å skjære. Ulempen med å bruke begrepet kvinnelig kjønnslemlestelse er at dialogen mellom sykepleieren og kvinnen kan bli utfordrende, ettersom kvinnen ofte føler at begrepet er støtende. Begrepet kvinnelig omskjæring er et mer brukt og kjent begrep, blant grupper som praktiserer inngrepet. Dersom sykepleieren benytter begrepet kvinnelig omskjæring i møte med kvinnene, kan dette bidra til en bedre dialog, ettersom kvinnene oppfatter dette begrepet som mindre nedverdiggende. Ulempen med å benytte seg av begrepet kvinnelig omskjæring er at alvorlighetsgraden av inngrepet ofte ikke blir synliggjort. Det er viktig at sykepleieren er bevisst ved bruken av disse begrepene, og tilpasser begrepsbruken i de enkelte situasjonene (Johansen, 2005).

4.2. Metodediskusjon

Ettersom hensikten er å belyse kvinners erfaringer knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse, har studien valgt å ekskludere erfaringer under selve kjønnslemlestelsen. Bakgrunnen for valg

av hensikt er på grunn av at sykepleiere i Norge hovedsaklig møter kvinnene etter at kjønnslemlestelsen er gjennomført.

Studiens søkemetode er gjennomført på kun to databaser. Dette ga studien tilstrekkelig funn knyttet til studiens hensikt. Søk på flere databaser kunne blitt gjennomført for å tilegne studien andre resultater. De benyttede søkeordene ble ansett som gode og konkrete søkeord for å finne relevante artikler, knyttet til studiens hensikt. Søket ble ikke avgrenset med tidspunkt for publiseringsår, dette for å unngå at relevante artikler ble oversett.

Studien inkluderer sju artikler som er gjennomført i Europa, tre i Nord-Amerika og tre i Afrika. Søket kunne vært mer avgrenset til et bestemt verdensområde, for eksempel bare Europa, for å få et resultat med bedre sammenligningsgrunnlag knyttet til Norge. Søket kunne også vært mer avgrenset til kvinner som opprinnelig er fra Afrika, ettersom kvinnelig kjønnslemlestelse hovedsakelig gjennomføres i dette området.

De inkluderte artiklene ble ansett som svært relevant i forhold til studiens hensikt. De kvantitative og de artiklene med kombinert metode som ble inkludert ga studien ett bredt spekter av kvinnes erfaringer, samt at de svarer på studiens hensikt. For å skape en studie med mer detaljert beskrivelse av kvinnes erfaringer, kunne kun kvalitative forskningsartikler blitt inkludert.

En inkludert artikkel omhandler oppståtte komplikasjoner, samt kvinnes og deres ektemenns holdninger knyttet til kvinnelig kjønnslemlestelse. En annen artikkel inneholder både kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse og helsepersonell i Nederland. Artiklene ble inkludert på grunn av at de har vesentlige funn knyttet til studiens hensikt, men det som omhandler helsepersonell og ektemennenes erfaringer er ikke tatt med i studien.

To av de inkluderte artiklene er opprinnelig fra samme studie, men disse ble inkludert ettersom artiklenes resultat har vesentlige funn, knyttet til studiens hensikt. Artiklene har ikke IMRaD-struktur, deres hensikt er ikke tydelig beskrevet og de refererer til andre studier i resultatdelen. Dermed kan det se ut til at artiklene er av lav kvalitet, men artiklene er publisert i tidsskrifter som er godkjent av NSD.

Utfordringen som oppstod under analysearbeidet var når de meningsbærende enhetene skulle settes sammen til en subkategori, for så å bli kategorisert i resultatdelen. De meningsbærende enhetene som omhandler kvinnes erfaringer av helsepersonellet under en fødsel, kan tilhøre subkategorier både i kapittel 3.1 og 3.5. Ettersom hovedfokuset er under en fødsel, ble de tilhørende meningsbærende enhetene knyttet til sistnevnte kapittel. Dette vanskeliggjorde arbeidet med å plassere de ulike subkategoriene under ulike kategorier.

For å konkretisere og å skape en god oversikt for leseren, er studiens resultat tydeliggjort ved tilstrebing av å nevne hvor de ulike studiene er blitt gjennomført. Studiens resultatdel er også konkret ved benevnelsen av de ulike profesjonsgruppene som er presentert i artiklene. Dette er gjort for å få en god oversikt over hvilke erfaringer kvinnene har med de ulike profesjonene. Benevnelsene "Health care providers/services", "health care personnel caregivers", "health professional", "treatment provider" og "service providers" er oversatt til "helsepersonell" i studiens resultatdel.

Det er tilstrebet å bruke originallitteratur i studiens diskusjonsdel. Studien har valgt å benytte seg av Johansen (2005) og Foss (2010), på grunn av at de inneholder meget relevant informasjon. Foss (2010) referer til originallitteratur i løpende tekst, og studien er tilstrebet å være tydelig når sekundærlitteraturen er brukt. Johansen (2005) har samlet alle sine referanser i ett kapittel, og har dermed ikke referert til annen litteratur eller forskning i løpende tekst. Dermed var det utfordrende å finne originallitteraturen som Johansen (2005) har brukt. Ulempen med å benytte seg av sekundærlitteratur er at teksten blir igjen tolket på nytt. Dermed kan det oppstå mistolkninger, og teksten kan få en annen betydning.

5. KONKLUSJON

Denne litteraturstudien gir en oversikt over hvilke erfaringer de fleste kvinner har, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse. Det kan se ut til at kvinnelig kjønnslemlestelse gir økt risiko for utvikling av helsemessige problemer. I tillegg har de fleste kvinnene som har gjennomgått kjønnslemlestelse negative erfaringer i møte med helsepersonell.

Litteraturstudien viser også at kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse har behov for å møte sykepleiere med tilstrekkelig kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse. Økt kunnskap og mer erfaring blant sykepleiere kan bidra til at kvinnene blir møtt på en bedre profesjonell måte.

LITTERATURLISTE

- Almås, E. & E. E. P. Benestad (2006). *Sexologi i praksis* (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Almroth, L., S. Elmusharaf, N. El Hadi, A. Obeid, M. A. A. El Sheikh, S. M. Elfadil & S. Bergström (2005). Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: A case-control study. *Lancet*, 366: 385-391. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67023-7
- Amin, M. M., A. Rasheed & E. Salem (2013). Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123: 21-23. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.06.010
- Andersson, C. (2001). Kvinnlig könsstympning möter den svenska vården: Könsstympningen en av många former av kvinnodiskriminering i världen. *Läkartidningen*, 98: 2470-2473. Hentet 24. april 2015 fra <http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2001/22948.pdf>
- Andro, A., E. Cambois & M. Lesclingand (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine*, 106: 177-184. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.02.003
- Austveg, B. (2010). Innvandrerkvinner og reproduktiv helse. I: B. N. Kumar, & B. Viken (red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 249-265). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Behrendt A. & S. Moritz (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5): 1000-1002. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.1000
- Berggren, V., S. Bergström & A-K. Edberg (2006). Being different and vulnerable: Experiences of immigrant african women who have been circumcised and sought

- maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1): 50-57. doi: 10.1177/1043659605281981
- Birkler, J. (2009). *Etisk håndværk: Håndtering af etiske dilemmaer i klinisk sygepleje*. København: Munksgaard Danmark.
- Bjørk, I. T & G. Breievne (2012). Kropp og velvære. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*, (2. utg., B. 2) (s. 371-401). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brunvatne, R. (2006). Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Chalmers, B. & K. O. Hashi (2000). Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *BIRTH*, 27(4): 227-234. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00227.x
- Chibber, R., E. El-Saleh & J. E. Harmi (2011). Female circumcision: obstretical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(6): 833-836. doi: 10.3109/14767058.2010.531318
- Dalgard, O. S. & N. Sveaass (2010). Fra psykisk stress til sosial mestring. I: B. N. Kumar, & B. Viken (red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 83-104). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*, (5. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dare, F. O., V. O. Oboro, S. O. Fadiora, E. O. Orji, A. O. Sule-Odu & T. O Olabode (2004). Female genital mutilation: An analysis of 522 cases in South-Western Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(3): 281-283. doi: 10.1080/01443610410001660850

- Dirie, M. A & G. Lindmark (1992). The risk of medical complications after female circumcision. *East African Medical Journal*, 69(9): 479-482. Hentet 22. april 2015 fra <http://www.cirp.org/pages/female/dirie1/>
- Diskrimineringsloven om etnisitet (2013).(2014, 9. mai). *Lov om forbud mot diskriminering på grunn av etnisitet, religion og livssyn (diskrimineringsloven om etnisitet)*. Hentet 26. april 2015 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-60/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Eide, S. B. (2010). Menneskesyn og sosialt arbeid. I: S. B. Eide, & B. Skorstad, *Etikk: til refleksjon og handling i sosialt arbeid*, (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & T. Eide (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*, (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Elgaali, M., H. Strevens & P-A. Mårdh (2005). Female genital mutilation: An exported medical hazard. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 10(2): 93-97. doi: 10.1080/13625180400020945
- El-Defrawi M. H., G. Lotfy, K. F. Dandash, A. H. Refaat, M. Eyyada (2001). Female genital mutilation and its psychosexual impact. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27: 465-473. doi: 10.1080/713846810
- Flo, K. (2010). Kvinnelig omskjæring og helsemessige konsekvenser. I: N. Foss (red.), *Omskjæring: Stopp*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Frølich, S. (2001). *Kroniske smerter. Kan man lære at leve med det?* København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS.
- Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*, (2. utg. B. 3). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Graneheim, U. H & B. Lundman (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Handlingsplan (2008-2011). (2008). *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Handlingsplan (2013-2016). (2013). *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*, (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, (7. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- IK-2723 (2000). *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- IS-1663 (2009). *Migrasjon og helse: Utfordringer og utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Isman, E., C. Ekéus & V. Berggren (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4: 93-98. doi: 10.1016/j.srhc.2013.04.004
- Johansen, R. E. B (2005). *Fra kunnskap til handling: Håndbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak*. Oslo: OK - prosjektet.
- Khaja, K., C. Barkdull, M. Augustine & D. Cunningham (2009). Female genital cutting: African women speak out. *International Social Work*, 52(6): 727-741. doi: 10.1177/0020872809342642

- Khaja, K., K. Lay & S. Boys (2010). Female circumcision: Toward an inclusive practice of care. *Health Care for Women International*, Routledge Taylor & Francis Group, 31: 686-699. doi: 10.1080/07399332.2010.490313
- Kirkevold, M. (2003). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*, (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kjønnslemlestelsesloven (1995). (2011, 24. juni). *Lov om forbud mot kjønnslemlestelse (kjønnslemlestelsesloven)*. Hentet 27. april 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-12-15-74>
- Kristoffersen N. J. (2012). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, (2. utg., B. 1.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen N. J. & P. Nortvedt (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, (2. utg., B. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kumar, B. N (2010). Migrasjon, etnisitet og helse. I: B. N. Kumar & B. Viken (red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Morison, L., C. Scherf, G. Ekpo, K. Paine, B. West, R. Coleman & G. Walraven (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: A community-based survey. *Tropical Medicine and International Health*, 6(8): 643-653. doi: 10.1046/j.1365-3156.2001.00749.x
- Nesheim, B-I. & H. M. F. Nesvold (2010). Seksuelle overgrep. I: P. Bergsjø, J. M. Maltau, K. Molne, & B-I. Nesheim (red.), *Obstetrikk og gynekologi*, (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). *Database for statistikk om høgre utdanning*. Hentet 20.april 2015 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 25.april 2012 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Paliwal, P., S. Ali, S. Bradshaw, A. Hughes & K. Jolly (2014). Management of type III female genital mutilation in Birmingham, UK: a retrospective audit. *Midwifery* 30(3): 282-288. doi: 10.1016/j.midw.2013.04.008
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (20. juni 2014). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet 28. april 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pereda, N., M. Arch & A. Pèrez-González (2012). A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32: 560-565. doi: 10.3109/01443615.2012.689893
- Polit, D. F & C. T. Beck (2012). *Nursing research: Appraising evidence for nursing practice*, (9. utg). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Purchase, T. C. D, M. Lamoudi, S. Colman, S. Allen, P. Latthe & K. Jolly (2013). A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines. *Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavia*, 92: 851-861. doi: 10.1111/aogs.12144
- Sand, S. (2010). Behandling og forebygging av kvinnelig omskjæring i spesialisthelsetjenesten. I: N. Foss (red.), *Omskjæring. Stopp*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Schei, B. (2010). Psykososial gynekologi. I: P. Bergsjø, J. M. Maltau, K. Molne, & B-I. Nesheim (red.), *Obstetrikk og gynekologi*, (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schei, E. (2006). Skam i pasientrollen. I: P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang, & B. Wilmar (red.), *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Schjølberg, T. Kr. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I: U. Knutstad (red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3*, (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sosial- og helsedirektoratet & Barne- og familiedepartementet (2003, oktober). *Seksuelle overgrep mot barn: En veileder for hjelpeapparatet*. Hentet 25.april 2015 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2003/0017/ddd/pdfv/286825-seksuelle_overgrep_mot_barn.pdf
- Straus, L., A. McEwen & F. M. Hussein (2009). Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery* 25(2): 181-186. doi: 10.1016/j.midw.2007.02.002
- Talle, A. (2010). Kulturell og historisk sammenheng. I: N. Foss (red), *Omskjæring: Stopp*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thierfelder, C., M. Tanner & C.M. K. Bodiang (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15(1): 86-90. doi: 10.1093/eurpub/cki120
- Trier, E. L. (2013). Lindrende sykepleie. I: K. Knutstad (red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3*, (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- United Nations Regional Information Centre (2015, 6. februar). *Tortur er ikke kultur*. Hentet 29.april 2015 fra <http://www.unric.org/no/aktuelt/27115-tortur-er-ikke-kultur>
- Ulvund, I. (2013). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I: U. Knutstad (red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Viken, B. & R. Magelssen (2010). Kulturelle forskjeller og dialog. I: B. N. Kumar, & B. Viken (red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vloeberghs, E., A. Kwaak, J. Knipscheer & M. Muijsenbergh (2013). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity &*

Health, Routledge Taylor & Francis Group, 17(6): 677-695. doi:

10.1080/13557858.2013.771148

World Health Organization (2014, februar). *Female genital mutilation*. Hentet 9. april 2015

fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Vedlegg 1. Søk og utvalgsstrategi

Database/tid	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Leste titler	Leste abstrakter	Leste artikler i sin helhet	Artikler inkludert i oppgaven
Medline 20. januar 2015	Abstrakt, full tekst, dansk, engelsk, norsk, svensk	Circumcision, female (explode)	263	263 (225)*	38 (12)*	26 (16)*	10
Medline 28. januar 2015		Circumcision, female (explode) AND experience (as keyword)	49	49 (29)*	20 (13)*	7 (6)*	1
Cinahl 29.januar 2015		Circumcision, female AND life experiences (explode)	12	12 (4)*	8 (4)*	4 (3)*	1
Cinahl 29. januar 2015		Circumcision, female AND Experience (as keyword)	22	22 (7)*	15 (7)*	8 (7)*	1

*antall forkastet artikler

Vedlegg 2. Skjema for granskning av forskningsartikler

Artikkelgranskning/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Datum:.....

Tittel:.....

.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original ☐ Review ☐ Andre ☐.....

Kvantitativ ☐ Kvalitativ ☐

Nøkkelord:

.....

.....

.....

.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) ☐ Middels (II) ☐ Lav (III) ☐

Kommentar/begrunnelse.....

.....

.....

Fortsatt vurdering: Ja ☐ Nei ☐

Motivering:.....

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....
.....
.....
.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv ☐ Intervensjon ☐
 Andre ☐.....

Kvantitativ: Retrospektiv ☐ Prospektiv ☐
 Randomisert ☐ Kontrollert ☐
 Intervention ☐ Andre ☐.....

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja ☐ Nei ☐ Aldersaspekter? Ja ☐ Nei ☐

Kvalitative studier

Tydelig avgrensing/Problemformulering? Ja ☐ Nei ☐
Er perspektiv/kontekst presentert? Ja ☐ Nei ☐
Finns et etisk resonnement? Ja ☐ Nei ☐
Er utvalget relevant? Ja ☐ Nei ☐
Er forsøkspersonene vel beskrevet? Ja ☐ Nei ☐
Er metoden tydelig beskrevet? Ja ☐ Nei ☐
Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet? Ja ☐ Nei ☐
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i
overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttig? Ja ☐ Nei ☐

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja ☐ Nei ☐

Representativt Ja ☐ Nei ☐

Kontekst beskrevet Ja ☐ Nei ☐

Frafall: Analysen beskrevet Ja ☐ Nei ☐

Størrelsen beskrevet Ja ☐ Nei ☐

Intervensjonen beskrevet Ja ☐ Nei ☐

Adekvat statistisk metod Ja ☐ Nei ☐

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....
.....

Etisk resonnement Ja ☐ Nei ☐

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja ☐ Nei ☐

-reliable Ja ☐ Nei ☐

Er resultatet generaliserbart? Ja ☐ Nei ☐

Hovedfunn:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vedlegg 3. Inkluderte artikler

Forfattere År Tidsskrift, tittel Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrumenter	Deltag ere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentarer i forhold til kvalitet
Amin et al. (2013). International Journal of Gynecology and Obstetrics. "Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation". Egypt.	Undersøke prevalensen av problemer med nedre urinveier etter gjennomgått kjønnslemles telse.	Kvantitativ studie. Tverrsnittsstud ie. En gruppe kvinner som har gjennomgått kjønnslemleste lse og en kontrollgruppe .	432 Kvinner	Høy prevalens av lagringssymptomer. Inkontinens, smertefull vannlating, vanskeligheter med å avslutte urinstrålen rask, anstrengt vannlating og svakurinstråle var ofte rapporterte problemer. I tillegg ble ufullstendig tømming av urinblæren og lekkasje etter vannlating oftere rapporter enn kontrollgruppen. Hvilken type gjennomgått kjønnslemlestelse har betydning for hvilke konsekvenser som oppstår.	Godkjent av etisk komité og skriftlig samtykke fra deltagere.
Andro et al. (2014). Social Science & Medicine. "Long-term consequenc es of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women". Frankrike.	Undersøke hvilke langsiktige komplikasjon er som oppstår etter gjennomgått kjønnslemles telse.	Kvalitativ og kvantitativ studie. Tverrsnittstudi e og semistrukturer t intervju. En gruppe kvinner som har gjennomgått kjønnslemleste lse og en kontrollgruppe .	3869 ble invitert , 987 i bortfall . 2882 kvinner deltok.	Gynekologiske og urologiske infeksjoner, søvnproblemer, intense smerter, vanskeligheter i jobb og i dagliglivet, problemer i forbindelse med seksuallivet og under fødsel.	Det er ikke skrevet noe om etiske hensyn i artikkelen, men den er utgitt av et tidsskrift som er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitens kapelig datatjeneste).

Behrendt et al. (2005)	Undersøke statusen av mental helse til kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse.	Kvalitativ studie. Semistrukturert intervju. En gruppe kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse og en kontrollgruppe.	47 kvinner	Prevalensen av mentale problemer var høyere hos kvinnene som har gjennomgått kjønnslemlestelse, enn kontrollgruppen.	Det er ikke skrevet noe om etiske hensyn i artikkelen, men den er utgitt av et tidsskrift som er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).
Berggren et al. (2006)	Hensikten med studien er å utforske møtet med helsevesenet i Sverige av kvinner fra Somalia, Eritrea og Sudan som har blitt kjønnslemlestet.	Kvalitativ studie. Intervju	22 deltok fra begynnelsen. 1 bortfall. 21 kvinner til sammen.	Kvinnene sammenlignet møtet med det svenske helsepersonellet og helsepersonellet i hjemlandet. De hadde negative erfaringer av helsepersonellet i vertslandet.	Studien ble utført i henhold til de forskningsetiske prinsipper og var godkjent av Etisk komité av Karolinska Institutt
Chalmers & Hashi (2000)	Undersøke hvilke erfaringer kvinner har av å ha gjennomgått kjønnslemlestelse og erfaringene	Kvalitativ studie Intervju hjemme hos kvinnen	473 ble invitert. 41 bortfall. 432 kvinner deltok.	Ulike instrumenter ble brukt under selve kjønnslemlestelsen og følelser som smerte, frykt, ulykkelighet, stolthet, glede var nevnt som erfaringer. Deinfibulering før fødsel og ekteskap var	Godkjent av etisk komité av kvinners universitetsavdeling sykehus i Toronto.

after earlier female genital mutilation” Canada.	de har etter fødsel.			vanskelig og smertefullt. Erfaringer under fødselen som var nevnt var at de ble tatt hardt i, ble blottlagt, fikk stygge kommentarer følte at de ikke ble tatt vare på.	
Elgaali et al. (2005) European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. ”Female genital mutilation – an exported medical hazard” Skandinavia.	Undersøke hvilke typer av kjønnslemlestelse de emigrerte kvinnene har gjennomgått, og karakterisere deres livssituasjon. I tillegg rapportere om holdninger til kvinnelig kjønnslemlestelse.	Kvantitativ studie. Spørreskjema.	220 kvinner 95 ektemenn	Kvinnene erfarte at medisinske og seksuelle problemer måtte bli håndtert i det landet de har migrert til. Det var ulike holdninger i forhold til kvinnelig kjønnslemlestelse.	Tillatelse til å gjennomføre studien ble innhentet fra African Community Boards i Sverige.
El-Defrawi et al. (2001) Journal of Sex & Marital Therapy. ”Female Genital Mutilation and its Psychosexual Impact”. Egypt.	Undersøke kvinnenes psykoseksuelle aktivitet etter gjennomgått kjønnslemlestelse.	Kvalitativ studie. Semistrukturert intervju basert på psykiatri. En gruppe kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse og en kontrollgruppe.	287 ble invitert . 37 i bortfall . 250 kvinner deltok.	Gjennomgått kjønnslemlestelse har negativ innvirkning på kvinnenes psykoseksuelle aktivitet.	Det er ikke skrevet noe om etiske hensyn i artikkelen, men den er utgitt av et tidsskrift som er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).
Isman et. al (2013) Sexual & reproductive Healthcare.	Å undersøke hvordan kvinner erfarer kjønnslemlestelsen etter	Kvalitativ studie. Semistrukturert intervju med åpne	8 kvinner deltok.	Kjønnslemlestelsen er et viktig symbol på kulturen deres og det er deres måte å opprettholde kulturen.	Den regionale etiske komité i Stockholm har utstedt en positiv rådgivende

<p>"Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study"</p> <p>Sverige.</p>	innvandring til Sverige.	spørsmål.			ytring om studien.
<p>Khaja et al. (2009)</p> <p>International Social Work. "Female genital cutting African women speak out"</p> <p>Canada og USA.</p>	Å forstå bedre kvinnes erfaringer og syn angående kvinnelig kjønnslemlestelse.	Kvalitativ studie intervju	17 kvinner deltok.	Det var uenigheter blant kvinnene om kjønnslemlestelse bør forbys eller ikke og hvilke konsekvenser som da kunne oppstå, som at det blir gjort i skjul og med dårligere utstyr. Kvinnene sa at menneskerettighetsorganisasjoner burde tenke over prioritettene sine.	Det er ikke skrevet noe om etiske hensyn i artikkelen, men den er utgitt av et tidsskrift som er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitens kapelig datatjeneste).
<p>Khaja et al. (2010)</p> <p>Health Care for Women International "Female circumcision : toward an inclusive practice of care"</p> <p>Canada og USA.</p>	Rapportere funn fra muslimske somaliske kvinners liv knyttet til kjønnslemlestelse.	Kvalitativ studie Face-to-face intervju.	17 kvinner deltok.	Kvinnene følte seg sett ned på, dårlig behandlet, fornærmet og de ble sett på som mishandlere.	Det er ikke skrevet noe om etiske hensyn i artikkelen, men den er utgitt av et tidsskrift som er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitens kapelig datatjeneste).
<p>Pereda et al. (2012)</p> <p>Journal of Obstetrics</p>	Å illustrere psykologiske og seksuelle konsekvenser av	Kvalitativ og kvantitativ studie Gruppesamling	9 ble invitert , 6 bortfall .	Kvinnene rapporterte om både psykologiske og seksuelle problemer etter gjennomgått kjønnslemlestelse i	Studien har fått etisk godkjenning av en forskningsetisk

and Gynaecology "A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation" Spania.	kjønnslemlestelse	g etterfulgt av et semistrukturert intervju	3 kvinner deltok.	forhold til smerter, mangel på nytelse, frykt, angst, vaginal tørrhet og de unngikk intimitet.	gruppe fra Healthcare Center, og fulgte prinsipper fra Helsinkideklarasjonen
Thierfelder et al. (2005) European journal of public health. "Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system" Sveits.	Målet med studien er å analysere hvordan innvandrerkvinner med kjønnslemlestelse erfarte gynekologisk / obstetrisk omsorg i det sveitsiske helsevesenet, og å undersøke om leger og jordmødre behandler og gir tilstrekkelige råd angående komplikasjoner av gjennomgått kjønnslemlestelse.	Kvalitativ og kvantitativ studie Gruppediskusjoner.	37 helsepersonell og 29 kvinner deltok.	Kvinnene hadde blandede erfaringer angående det sveitsiske helsepersonellet.	Studien har godkjent etisk klaring fra den etiske komité i Basel.
Vloeberghs et al. (2013). Ethnicity & Health, Routledge Taylor & Francis Group.	Undersøke om kvinnelig kjønnslemlestelse fører til psykososiale og relasjonelle problemer, i så fall hvilke	Både kvalitativ og kvantitativ studie som inneholder semistrukturert intervju og kulturelle validerte spørreskjema.	66 kvinner	Gjennomgått kjønnslemlestelse har en livslang innvirkning på kvinnens liv med tanke på kroniske mentale og psykososiale problemer. Kvinnene kunne deles inn i tre	I tråd med de etiske standarder for forskningsinstitusjonene som var involvert, dannet de en styringsgruppe

<p>"Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands".</p> <p>Nederland.</p>	<p>faktorer spiller inn. I tillegg undersøke om mestringsmekanismene kvinnene benytter for å takle de oppståtte komplikasjonene.</p>			<p>grupper med tanke på mestringsmekanismer: adaptive, den maktesløse og den traumatiserte.</p>	<p>av eksterne eksperter og utnevnt en lege som kunne bli nådd når som helst av respondenter med spørsmål eller problemer som følge av forskningen.</p>
--	--	--	--	---	---

Vedlegg 4. Kategorisering av funnene

Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
<p>- Noen kvinner følte seg skuffet og dårlig behandlet av det sveitsiske helsepersonellet. (3)</p> <p>- I hjemlandet følte de seg normale for å ha gjennomgått kjønnslemlestelse, spesielt infibulasjon, og at helsepersonellet hadde kunnskapen til å håndtere det. (5)</p> <p>- Når kvinnene beskrev erfaringene de har av det svenske helsepersonellet, sammenlignet de dem med erfaringene fra tidligere i hjemlandet. (5)</p> <p>- Erfaringene kunne forstås i tre kategorier: plages av å være forlatt og lemlestet, bli blåttstilt i møte med det svenske fødselspersonell og det å prøve og tilpasse seg en ny kulturell kontekst. (5)</p> <p>- De fleste rapporterte at sårende kommentarer ble sagt av omsorgspersonene. Disse inkluderte verbale uttrykk, for overraskelse når perineum ble sett av legene, eller non-verbale uttrykk for overraskelse å bli sett på med avsky og ingen viste respekt for deres kulturelle praksis. De fikk kollegaer til å komme for å se på kvinnene. (2)</p> <p>- Flere av kvinnene husket reaksjonen fra doktoren som behandlet dem, de ble møtt med sjokk eller overraskelse og ble spurt om de hadde vært med i en ulykke eller blitt brent. (3)</p> <p>- Kvinnene beskrev hvordan de hadde oppfattet å bli stirret på av leger, jordmødre og sykepleiere samtidig uten å bli spurt om noe. De tolket ut ifra ansiktsuttrykkene til helsepersonellet at de så noe merkelig og at de viste avsky. (5)</p> <p>- Kvinnene nevnte også at de opplevde at sykepleierne, jordmødrene og legene snakket om dem med hverandre, selv når kvinnene var til stede, uten at de personlig ble konfrontert eller spurt. (5)</p> <p>- For et antall av deltagerne var uttrykk av overraskelse eller sjokk på ansiktet til den som utførte undersøkelsen nok til å få kvinnene til å rødme eller føle seg som om de hadde gjort noe galt. (9)</p> <p>- På spørsmål om hvordan de opplevde helsepersonellet i Nederland svarte mange at de</p>	<p>- Flere kvinner sammenlignet møte med helsepersonellet i Europa med de i hjemlandet og følte seg derfor unormal og dårlig behandlet.</p> <p>- Kvinnene opplevde sårende uttrykk og kommentarer fra helsepersonell.</p> <p>- Mangel på sensitivitet fra helsepersonellet, manglende språkkunnskaper og en uvilje mot å snakke med personer utenfor familien hindret flertallet av kvinnene i å ta kontakt med helsepersonell.</p> <p>- Kvinnene følte seg ikke respektert av helsepersonellet og ble ofte brukt som studieobjekter.</p>	<p>Kvinnenes erfaringer i møte med helsepersonell, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.</p>

<p>ofte følte seg flau, trist eller skyldig pga. måten personellet opptrådte på. (9)</p> <p>- Kvinnene uttrykte bekymringer for mangelen på sensitivitet av omsorgspersonene, med tanke på gjennomgått kjønnslemlestelse. (2)</p> <p>- Tre kvinner ga uttrykk for at de var eller hadde vært en psykiater eller ambulerende psykisk helsepersonell. (9)</p> <p>- Majoriteten av kvinnene som deltok i studien sa at kjønnslemlestelse ikke hadde vært et tema som hadde blitt snakket om under konsultasjonen. (3)</p> <p>- Andre kvinner var lettet over at temaet om kjønnslemlestelse ikke ble tatt opp under konsultasjonen, da de ikke ville snakke om det. (3)</p> <p>- Som under konsultasjon er kjønnslemlestelse og relaterte komplikasjoner ikke ofte snakket om i det private livet til disse kvinnene. (3)</p> <p>- Under fødselen eller når de plagdes av medisinsk eller psykiske problemer følte noen kvinner fortsatt at de ikke ville snakke med en helseprofesjonell. Vanskeligheter med å snakke nederlandsk og en uvilje mot å snakke med en utenom familien, om private forhold (som seksualitet), holder dem tilbake. (9)</p> <p>- Det å bli brukt som et eksemplar provoserte følelser av skam og frykt, gjenspeilet i følgende utsagn: "beforehand I was proud. But the medical consultation hurt my pride". (3)</p> <p>- Andre hadde spurt om studenter kunne observere under undersøkelsen, siden deres genitalier ble sett på som av medisinsk interesse. (3)</p> <p>- De husket flere situasjoner der de følte at de ikke hadde blitt respektert av helsepersonellet. (5)</p> <p>- De følte seg som studieobjekt for nysgjerrige helsepersonell. (5)</p> <p>- Noen kvinner følte at om helsepersonellet viste at de var fra Somalia ville de bli mer interessert i kjønnslemlestelsen, enn å fokusere på grunnen til at kvinnen oppsøkte behandling. (7)</p>		
<p>- Kjønnslemlestelse var assosiert med høyere risiko for rapportert av påfølgende begrensninger i arbeid eller i innenlandske aktiviteter. (11)</p> <p>- De opplever smertefulle menstruasjoner. (4)</p>	<p>- Gjennomgått kjønnslemlestelse gir en økt risiko for helseproblemer,</p>	<p>Kvinnenes erfaringer om fysiske komplikasjoner, knyttet til gjennomgått</p>

<p>- Kvinnene som hadde gjennomgått kjønnslemlestelse rapporterte om symptomer på smertefull menstruasjon (13)</p> <p>- Følelsen som kom i etterkant av kjønnslemlestelsen var ekstrem smerte. (2)</p> <p>- De rapporterte om umiddelbare helseproblemer etter kjønnslemlestelsen som ekstrem smerte, blødninger, vaginal tørrhet eller urinretensjon, ødemer eller opphovning og infeksjoner. (2)</p> <p>- Vanskeligheter med samleie og menstruasjon var oftest nevnt, etterfulgt av urinveis- og gynekologiske komplikasjoner. (3)</p> <p>- Langsiktige konsekvenser var underlivsproblemer, samt seksuelle problemer. (2)</p> <p>- Kvinnene nevnte hyppigst at de hadde regelmessig mage- og menstruasjonsplager. 3 deltagere nevnte at de hadde gjentatte urinveisinfeksjoner, hver 3-5 mnd. (9)</p> <p>- 53 % hadde fått komplikasjoner etter gjennomgått kjønnslemlestelse. (13)</p> <p>- Det ble funnet en assosiasjon for infeksjoner og intense smerter generelt. (11)</p> <p>- Kjønnslemlestelse var assosiert med økt risiko for helseproblemer. (11)</p> <p>- Betydelige forskjeller ble funnet for urin- eller gynekologiske infeksjoner, tretthet, hodepine og episoder med intense smerter. (11)</p> <p>- 22 av kvinnene rapporterte om komplikasjoner like etter gjennomført kjønnslemlestelse, i form av store blødninger, dårlig sårtilheling, lokale infeksjoner, urinveisinfeksjoner og sepsis. (12)</p> <p>- 28 av kvinnene rapporterte om senkomplikasjoner i form av cyster og arrdannelser, og tilbakevendende lokale infeksjoner. (12)</p> <p>- "I do not remember that moment, but I have been in pain since then". (1)</p> <p>- På spørsmål om hva smerten gjør med den svarte en kvinne: "I start to tremble all over, and all the memories come flooding back. I cannot do anything for the next few days, and all I want to do is sleep" (9)</p> <p>- Kvinnene rapporterte at de hadde blitt lært som barn å ikke vise smerte. Det å prøve å skjule uttrykk for smerte var noe som forble viktig</p>	<p>både kortsiktige og langsiktige helseproblemer.</p> <p>- Mange kvinner har mye smerteproblematikk knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.</p> <p>- Gjennomgått kjønnslemlestelse medfører ulike typer urologiske problemer.</p>	<p>kjønnslemlestelse.</p>
---	---	---------------------------

<p>gjennom hele livet til kvinnene, inkludert under fødsel. (4)</p> <p>- Det er et standard syn blant kvinnene: "I have to carry on with my life now and look ahead". (9)</p> <p>- Mange beskrev grundig de fysiske lidelsene i detaljer pga. betennelse i såret, smerter ved menstruasjon og vanskeligheter med seksualliv. (5)</p> <p>- De refererte til sin egen smertefulle opplevelse som de ville beskytte sine egne døtre fra. (5)</p> <p>- Prevalensen av lagringssymptomer (hastverk, økt frekvens og nattligvannlating) var høyere hos kvinner som hadde gjennomgått kjønnslemlestelse enn kontrollgruppen. (10)</p> <p>- Symptomer som kommer etter urinerings var mindre rapportert enn lagrings og urineringsymptomer med ufullstendig tømning av urinblæren og lekkasje etter vannlating. (10)</p> <p>- Mest vanlig med blandet urininkontinens, deretter hastverksinkontinens og til slutt inkontinens forårsaket av stress. (10)</p> <p>- Smertefull vannlating var det mest rapporterte symptomet, etterfulgt av manglende evne til å avslutte urinstrålen raskt, anstrengt vannlating og svak urinstråle. (10)</p> <p>- De kvinnene som hadde gjennomgått type 2 og type 3 hadde høyere risiko for urinveissymptomer enn de med type 1. (10)</p> <p>- 16,3 % av kvinnene hadde 3 typer av urinveissymptomer (lagrings- og vannlatingsproblemer, samt problemer etter vannlating). (10)</p>		
<p>- Alle kvinnene som hadde fått vagina sydd igjen beskrev prosedyren som en negativ innvirkning på deres liv. (4)</p> <p>- I forhold til mental helse, skåret alle tre kvinnene høyt på selvfølelse og lavt på psykiske symptomer når de ble sammenlignet med den spanske populasjonen. (1)</p> <p>- Kvinner som var infibulert, kvinner som husket klart tilfellet av kjønnslemlestelsen og kvinner som hadde undervisning om kjønnslemlestelse rapporterte flere PTSD symptomer, og mer angst/depresjon enn de andre kvinnene. (9)</p> <p>- kvinnene rapporterte om dårlig trivsel og lav</p>	<p>- Mange kvinner utviklet psykiske lidelser som angst/depresjon og/eller PTSD.</p> <p>- Langvarige problemer, dårlige minner, frykt, makteløshet og mareritt hindrer kvinnene i hverdagen.</p>	<p>Kvinnenes erfaringer om psykiske reaksjoner, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.</p>

<p>selvfølelse, samt søvnforstyrrelser etter gjennomgått kjønnslemlestelse (11).</p> <p>- En indikasjon for PTSD var til stede hos nesten 1/6 personer, omkring 1/3 hadde symptomer på angst og 1/3 hadde symptomer på depresjon. (9)</p> <p>- Kvinnene som søkte hjelp hadde ikke mindre symptomer på PTSD, men flere klager på angst og depresjon enn de som ikke søkte hjelp. (9)</p> <p>- Over 80 % plagdes fortsatt med påtrengende etteropplevelser av kjønnslemlestelsen. (6)</p> <p>- Kvinner uten selvstendig inntektskilde rapporterte mer angst/depresjon, sammenlignet med de med en jobb eller sosial fordel. (9)</p> <p>- Kvinner som var eldre på tidspunktet for kjønnslemlestelse rapporterte mer PTSD symptomer, men ikke mer symptomer på angst/depresjon, det var også avgjørende hvem kjønnslemlestelsen ble diskutert med. (9)</p> <p>- Nesten 80 % av kvinnene oppfylte kriteriene for emosjonelle problemer eller angstlidelser. PTSD var spesielt høyt presentert (30,4 %). (6)</p> <p>- Deltagerne blant alle samfunn rapporterte stadig tilbakevendende dårlige minner og til tider mareritt, og frykt, eller følelse av maktesløshet og likegyldighet. (9)</p> <p>- Kvinnene fortalte hvordan minnene kom tilbake ved fødsler og ved gynekologiske undersøkelser. (5)</p> <p>- Kvinnene ble ekstremt dårlige og følte frykt og sørgmodighet. (2)</p> <p>- De fleste kvinnene rapporterte om langvarige problemer. (9)</p> <p>- "Sometimes I have nightmares about what happened that evening. It still affects me to this day, but there is nothing I can do about it. Fortunately I am not in Africa anymore". (9)</p> <p>- Sinne, skam, skyldfølelse og følelsen av å bli ekskludert var vanlige følelser som ble ofte nevnt. (9)</p> <p>- Ikke å ha gjennomført kjønnslemlestelse ble oppfattet som skammelig i hjemlandet, men å ha gjennomført det ble sett på som skammelig i møte med det svenske fødselspersonellet. (5)</p> <p>- Følelser av skam kan nå et punkt der kvinnen ikke søker hjelp for sine problemer. (9)</p>	<p>- Opplevelser som skam, skyldfølelse, følelsen av å bli ekskludert og sinne ble ofte nevnt hos kvinnene.</p> <p>- Følelsen av å være "unormal" og annerledes preget hverdagen til kvinnene og de misliker benevnelsen som blir brukt om kjønnslemlestelse.</p> <p>- Det var kvinner som var stolte av å være kjønnslemlestet, det ga dem en følelse av tilhørighet til kulturen og deres hjemland.</p>	
---	---	--

<p>- en afrikansk kvinne sa: "you feel terribly embarrassed. That is why circumcised women become isolated, mentally ill or mad. Either that or she stops talking (...) And because we feel ashamed, we stay home with our problems" (9)</p> <p>- Et betydelig antall av deltagerne følte seg ensomme og unormal da de søkte hjelp innenfor helsevesenet i Nederland, spesielt under fødselen. (9)</p> <p>- I forhold til seksualitet sa noen av kvinnene fra Somalia og Eritrea at de led av å være annerledes. (3)</p> <p>- Følelsen av å være annerledes, isolasjon og ensomhet ble ofte rapportert. (9)</p> <p>- En rekke av kvinnene følte at det nederlandske folket synd på dem. (9)</p> <p>- Deltagerne beskrev begrepet kjønnslemlestelse som "nedverdiggende" og "fornærmende", de mente at vesten betraktet dem som "mangelfull" og "usiviliserte". De erfarte dette språket som åpenlyst rasistisk. Andre antydte at de nedstammer fra et opphav eller et kontinent som andre feilaktig oppfatter som villmann, og hvor overgrep mot kvinner er vanlig og tolerert. (8)</p> <p>- Det å være kjønnslemlestet ga kvinnene en følelse av tilhørighet til noe kjent, i dette tilfelle deres egen kultur og hjemland. (4)</p> <p>- Kun en deltager hevdet å være stolt over å være omskåret. (9)</p> <p>- Det var også kvinner som følte seg spesielle, følte glede og var stolte etter gjennomført kjønnslemlestelse. (2)</p> <p>- Mens intervjuet pågikk rapporterte de fleste at de følte seg stolte for at de hadde blitt kjønnslemlestet. De følte seg vakrere og mer trofast til sine ektemenn. (2)</p> <p>- Kun 3 % av kvinnene var lei seg, var sinte eller følte seg sviktet for at de var kjønnslemlestet. (2)</p>		
<p>- Seksuelle aktiviteter er ikke noe de fleste kvinnene hadde nytelse av. (2)</p> <p>- De fortalte at de ikke hadde noen problemer med å oppnå orgasme. (1)</p> <p>- En kvinne understreket det faktum at hun var i stand til å oppnå orgasme, selv om hun hadde blitt</p>	<p>- Mange kvinner er fortsatt seksuell aktiv, men det er uenigheter om evnen til å oppnå orgasme.</p>	<p>Kvinnenes erfaringer om seksualitet og parforhold, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.</p>

<p>kjønnslemlestet. (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltagerne rapporterte at de fortsatt var seksuell aktiv, men samtaler om kjønnslemlestelsen fikk dem til å fremstå som at deres seksuelle liv var mangelfull. (7) - Vanskeligheter med å oppnå orgasme og vanskeligheter med å oppnå orgasme samtidig med deres ektemenn enn kontrollgruppen. (13) - En merkbar forskjell ble observert i form av redusert følelse under samleie. (3) - Seksuelle problemer gjaldt i hovedsak vaginal tørrhet. (1) - Kvinnene var mer reserverte og tok en passiv tilnærming til seksuelle aktiviteter. (9) - To kvinner som var infibulert rapporterte at deres sexliv var vanskelig, preget av mangel på lyst og glede. (4) - Kvinnene tok selv ikke initiativ til seksuelle aktiviteter, de rapporterte om moderat seksuell tilfredsstillelse og moderat seksuell kommunikasjon med sine partnere. (1) - Kvinner som hadde gjennomgått kjønnslemlestelse rapporterte om mangel på seksuell lyst, lavere initiativ ved seksuell aktivitet med deres ektemenn og mindre tilfredsstillelse ved samleie. (13) - Vaginal tørrhet. (13) - Mangel på lyst under seksuelle aktiviteter (11) - Omtrent ¼ av deltagerne rapporterte at seksuelle aktiviteter var fortsatt like smertefullt som før, hvor 13,2 % rapporterte det som mer smertefullt og bare 0,7 % sa at det var mindre smertefullt etter en gjennomgått fødsel. (2) - Kun 22,7 % sa at partnerne deres var klar over smertene og var forsiktige med dem. (2) - Seksuelle aktiviteter etter kjønnslemlestelsen kan være traumatisk. (2) - Smerter og ubehag under seksuelle aktiviteter førte til at de unngikk samleie og intimitet, noe som førte til negative innvirkninger på ekteskapet. (1) - Dyspareunia var en vanlig klage. (12) - Siden kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse føler smerter i stedet for tilfredsstillelse under samleie, søker de ikke etter 	<ul style="list-style-type: none"> - Mangel på lyst og glede, redusert følelse, mindre tilfredsstillelse og vaginal tørrhet ble ofte rapportert. - Smerter under seksuelle aktiviteter og utilfredsstillende seksualliv fører til redusert intimitet og kan ofte oppleves traumatisk hos kvinnene. - Bryllupsnatten var fryktet hos flere av kvinnene og det var vanlig å bli deinfibulert for å lette samleiet, dette var meget vanskelig og smertefullt for kvinnene. - Noen kvinner var frustrerte over oppførselen til menn og i minst ett tilfelle førte dette til skillsmisse. 	
---	--	--

<p>sex med noen andre enn sine menn. (1)</p> <p>- Samleie var ofte opplevd som en smertefull plikt enn mer som en lystbetont frivillig handling. (1)</p> <p>- De hadde opplevd smertefulle samleier. (4)</p> <p>- De unngikk intimitet og hyppigheten av deres seksuelle aktiviteter var veldig lave, 1-2 ganger pr. mnd. (1)</p> <p>- Lavere frekvens av seksuell ønske per uke. (13)</p> <p>- Det var ingen forskjell på dyspareunia mellom kvinnene som var kjønnslemlestet og kontrollgruppen. (13)</p> <p>- De mest slående forskjellene berørte seksualliv. Svært smertefullt ved første samleie, utilfredsstillende seksualliv, hyppige smerter og brennende følelse under samleie. (11)</p> <p>- Seksualliv forble betydelig påvirket av kjønnslemlestelse, både for første samleie og kvinnenes seksuelle liv. (11)</p> <p>- Alle rapporterte ekstrem frykt og angst før de skulle gifte seg med tanke på at de måtte ha samleie (1)</p> <p>- Deinfibuleringen er vanskelig og smertefullt, og bryllupsnatten er fryktet hos ¾ av kvinnene. De fleste kvinnene rapporterte at de ble skadet under bryllupsnatten og at hjelp for denne skaden ikke alltid ble oppsøkt. (2)</p> <p>- En kvinne forklarte at siden hun kom til Europa har hun fått hjelp med sine seksuelle problemer, i form av glidemiddel hun har fått av helsevesenet. (1)</p> <p>- Lidelsene ved ekteskapet var tilbakevendende og relatert til deres behov for å bli kuttet åpen etter at man giftet seg, dette for å lette samleiet. (5)</p> <p>- 8 kvinner rapporterte følelser som fortvilelse, frustrasjon og sinne mot menn generelt og deres ofte selvcentrerte oppførsel. (9)</p> <p>- I minst ett tilfelle ble skillsmisse et resultat pga. en infibulert kvinnes manglende evne på å etterkomme mannens seksuelle krav. (9)</p> <p>- En sudansk kvinne fortalte hvordan hennes mann så på porno mens de hadde sex og ville at hun skulle prøve alle slags stillinger. "but I cannot possibly do what she is doing. I have been circumcised – she hasn't. So I will say to him "don't ask me to do the impossible"" (9)</p>		
--	--	--

<p>- Kvinnene sa bestemt at de foretrakk heller å være hjemme, selv om de viste at de hadde helseproblemer under svangerskapet. Da for å unngå fornærmelser fra jordmødrene. (5)</p> <p>- Kvinnene erfarte at de ikke ble spurt om de hadde gjennomgått kjønnslemlestelse på forhånd, og kvinnene tok det da forgitt at jordmødrene hadde tilstrekkelig kunnskap. Dette førte til følelse av usikkerhet og flere av kvinnene ble sjokkerte (ved fødselen) da de forstod at jordmødrene ikke viste hvordan de skulle deinfibulere. (5)</p> <p>- "I had a lot questions during my pregnancy. I had a feeling there was nobody whom I could have really asked. I missed a traditional midwife as we have in Somalia". (3)</p> <p>- En kvinne fremhevet hvor redd og forlatt hun følte seg når hun innså at hennes jordmor ikke viste hvordan hun skulle ha omsorg for en omskåret kvinne. (4)</p> <p>- Problemer under fødsel var vanlig. (1)</p> <p>- Keisersnitt ble gjennomført på 6 kvinner pga. anatomiske forandringer, forårsaket av kjønnslemlestelse. (12)</p> <p>- Assosiasjonen med å revne under fødselen vedvarte. (11)</p> <p>- Tre av kvinnene som hadde barn og som hadde blitt sydd igjen beskrev den første fødselen som svært vanskelig og smertefull. (4)</p> <p>- Ved fødsler var det ingen forskjell mellom keisersnitt og vaginal fødsel, blødning og tang. (11)</p> <p>- Revning under fødsler var hyppigere hos kvinnene som hadde gjennomgått kjønnslemlestelse. (11)</p> <p>- Kvinner med den minst invasive typen av kjønnslemlestelse vises til å ha en lavere risiko for blødninger under fødselen. (11)</p> <p>- Kvinnene oppfattet at jordmødrene ikke viste hvordan de skulle håndtere deres ønske om å bli deinfibulert, verken etter ekteskap eller fødsel. (5)</p> <p>- Alle kvinnene som deltok i diskusjonen understreket at åpning av kjønnslemlestelsen burde utføres under fødselen, som episiotomi gjøres på sveitsiske kvinner, enn å legge til en ekstra traumatisk hendelse under svangerskapet.</p>	<p>- Kvinnene tok det forgitt at jordmødrene hadde kunnskap om kjønnslemlestelse, men ble redd da det viste seg at dette ikke var tilfelle.</p> <p>- Kvinnene erfarte at kjønnslemlestelse kan skape komplikasjoner i forbindelse med fødsler f. eks. revning, blødninger, problemer med vaginal fødsel og evt. keisersnitt.</p> <p>- Det er uenigheter om når kvinnene mener det er best å bli deinfibulert i forbindelse med fødsel, men de ønsker å bli reinfibulert etter fødselen.</p> <p>- Reinfibulasjon kan skape problemer i forbindelse med amming og kvinnene rapporterer om alvorlige barselsmerter.</p>	<p>Kvinnenes erfaringer om svangerskap, fødsel og barselperiode, knyttet til gjennomgått kjønnslemlestelse.</p>
--	--	---

<p>(3)</p> <p>- Kvinnene fortalte at de heller ville bli kuttet åpen før fødselen, uten stress, for å lette på fødselen, men de følte at helsepersonellet ikke hørte på dem. (5)</p> <p>- Kvinnene uttrykte følelser av hjelpsløshet og sårbarhet under fødselen. (5)</p> <p>- De forklarte hvordan de prøvde å instruere jordmødrene om hvordan de skulle deinfibulere dem, i den kritiske fasen av fødselen, men på tross av dette følte de fleste at helsepersonellet ikke forstod de eller hørte på dem. (5)</p> <p>- Kvinnene uttrykte redsel for å revne om de ikke ble kuttet på det riktige tidspunktet. (5)</p> <p>- Mange kvinner mente at sykepleierne var generelt svært ufølsom for deres smerter under barseltiden, eller var uvitende om at kvinner som er kjønnslemlestet opplevde spesielt alvorlige barselsmerter. (2)</p> <p>- Kvinnene henviste til deres egen lidelse av å "være åpen" og mente at loven som forbyr helsepersonell å sy igjen mer enn nødvendig etter fødsel var for streng. (5)</p> <p>- Kvinnene rapporterte om at amming ble mer vanskelig pga. vanskeligheter med å bevege seg etter reinfibulasjon, og at deres valg om å amme eller ikke ble påvirket av prosedyren. (2)</p> <p>- Kvinnene sa at de hadde ønsket å bli sydd sammen etter fødsel, slik som praksisen gjøres i hjemlandet, i minst til samme størrelse som før fødselen. (5)</p>		
---	--	--

1: Pereda et al. (2012)

2: Chalmers & Hashi (2000)

3: Thierfelder et al. (2005)

4: Isman et al. (2013)

5: Berggren et al. (2006)

6: Behrendt & Moritz (2005)

7: Khaja et al. (2010)

8: Khaja et al. (2009)

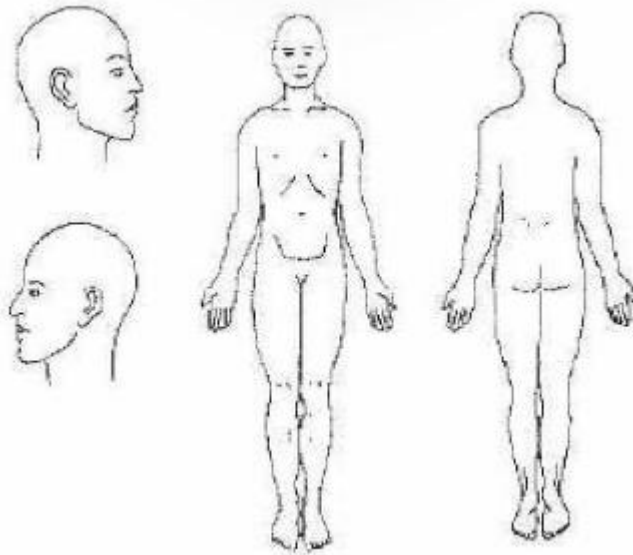
9: Vloeberghs et al. (2012)

10: Amin et al. (2013)

- 11: Andro et al. (2014)
- 12: Elgaali et al. (2005)
- 13: El-Defrawi et al. (2001)

Vedlegg 5. Smertekartleggingsverktøy

Kroppskart



Visual Analogue Scale (VAS)

